

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

19

DES MIGRAINES

Par le D^r SARDA

Chef de Clinique de la Faculté de médecine,
Lauréat de la Faculté de médecine
et de la Société médicale d'émulation de Montpellier.

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de médecine et de médecine légale)

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3.

—
1886

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DES MIGRAINES

19

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Médecine et médecine légale)

PAR

Le D^r G. SARDA

Chef de clinique à la Faculté de médecine,
Lauréat de la Faculté de médecine et de la Société médicale d'émulation
de Montpellier.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1886

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0060

CONCOURS D'AGRÉGATION

MÉDECINE ET MÉDECINE LÉGALE

Membres du Jury :

Président : M. HARDY.

Juges : MM. POTAIN.

CHARCOT.

BOUCHARD.

DAMASCHINO.

LÉPINE, de Lyon.

ROGER, *membre de l'Académie de médecine.*

STRAUS, *agrégé.*

Candidats :

BALLET.

BARTH.

BOINET.

BRISAUD.

BROUSSE.

CHAUFFARD.

CHUFFARD.

DE BEURMANN.

DÉJERINE.

DUBREUILH.

GAUCHER.

GRENIER.

LANNOIS.

LEMOINE.

LETULLE.

LOBER.

MOUSSOUS.

PARISOT.

SARDA.

SIMON.

WEILL.

DES MIGRAINES

La *symptomatologie*, la *physiologie pathologique*, l'*étiologie* de la *migraine*, ont donné lieu, dans ces dernières années, à la publication de nombreux mémoires disséminés en divers recueils.

Le moment semble opportun pour réunir ces divers matériaux, les classer et faire le bilan de nos connaissances sur cette question complexe.

Beaucoup de points de cette étude sont encore obscurs, et nous ne prétendons pas en donner une interprétation irréfutable. Mais, ce qui est surtout nécessaire, c'est d'indiquer fidèlement l'état actuel de la science sur les migraines. Cette nécessité s'impose d'autant plus qu'il n'existe pas, en France, de travail d'ensemble sur ce sujet; elle s'impose enfin, parce que les troubles sensoriels qui accompagnent, dans quelques circonstances, les accès de migraine, et en particulier les troubles oculaires, ont montré la nécessité de remplacer les divisions anciennes et artificielles de la migraine par des divisions plus cliniques, basées non

plus sur la nature de la cause occasionnelle de l'accès, mais sur l'allure de celui-ci et la prédominance d'un ou plusieurs symptômes. C'est une des raisons qui expliquent le titre « des Migraines » de l'étude qui nous est imposée. Nous pensons que ce titre doit s'appliquer aussi à la pathogénie et à l'étiologie. Les intéressantes recherches de ces derniers temps sur les phénomènes vaso-moteurs de la migraine, la division basée sur la nature de ces troubles circulatoires légitiment cette interprétation.

D'un autre côté, les variétés si nombreuses admises par les auteurs du commencement de ce siècle, variétés basées, comme l'on sait, sur les causes de l'accès, n'existent plus, et depuis que les auteurs du Compendium de médecine ont réduit ces variétés à deux : l'*essentielle* et la *symptomatique*, on tend à simplifier de plus en plus ; mais, à l'inverse des auteurs du Compendium, quelques auteurs accordent à la migraine symptomatique (d'un état général) une place très importante, et quelques-uns même n'admettent pas la migraine essentielle. Cette tendance a sa raison d'être.

L'étude des maladies constitutionnelles, des diathèses, est revenue en honneur, grâce aux efforts de cliniciens éminents. Alors que les anciens ne voyaient dans la migraine que l'accès lui-même et les circonstances dans lesquelles il se produit, les contemporains voient, au-dessous de l'accès, la modification subie par l'organisme du migraineux, modification dont l'accès n'est que la manifestation extérieure. Pour eux, le sujet atteint de migraine est malade dans l'intervalle

des accès, et l'accès n'est qu'un syndrome clinique de l'état morbide constitutionnel.

Nous nous proposons donc d'examiner ces divers points, en étudiant les *Migraines* à un triple point de vue :

Dans un premier chapitre, nous décrirons les variétés symptomatiques (migraine vulgaire, migraines sensorielles); le second sera consacré à l'étude étiologique de l'accès et de l'affection; dans le troisième, nous nous occuperons des variétés physiologiques (vaso-motrice, vaso-constrictive).

Cette monographie sera complétée par quelques considérations diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques.

M. le professeur Charcot, avec son amabilité habituelle, a mis à notre disposition ses observations et ses malades. Nous lui en exprimons notre bien vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES

Les symptômes de la migraine sont des phénomènes subjectifs variables avec chaque malade, et, par suite, comme le fait observer Grasset, se prêtant peu à une systématisation dogmatique. De là les efforts tentés par les auteurs pour créer des divisions dans ce groupe de symptômes, divisions qui n'ont eu généralement d'autre résultat que de créer des variétés arbitraires et peu logiques. La variété qui a le plus longtemps été admise est la migraine stomacale, cette qualification s'appliquant ici, non à la pathogénie mais à la prédominance des symptômes gastriques. Trousseau n'avait pas échappé à ce désir de classification; car, pour lui, il y a une migraine fruste, caractérisée simplement soit par des troubles gastriques périodiques sans douleurs de tête, soit par un vertige également périodique. Liveing, qui a particulièrement étudié les sensations vertigineuses de la migraine, décrites par lui d'une façon complète, pense également que le vertige peut être, dans certains cas, considéré comme une migraine fruste. Nous verrons plus loin qu'on a voulu tout récemment créer une variété de ce genre en faisant d'une maladie décrite par Rossbach une véri-

table migraine. Nous n'insistons pas sur ces divisions. Le malaise gastrique, plus ou moins accusé, constitue certainement un symptôme d'une grande valeur dans l'histoire de la migraine; mais il ne doit pas primer les phénomènes douloureux céphaliques qui en constituent la caractéristique essentielle, et nous décrirons les phénomènes qui se passent dans la sphère de l'estomac, ainsi que le vertige, dans les autres variétés. Nous nous demanderons, après avoir décrit la migraine vulgaire, si la maladie de Rossbach doit être admise à titre de variété particulière.

Mais à côté de ces divisions, il en est une qui, au premier abord, paraît logique et naturelle. C'est celle de Liveing, qui a fait de la migraine une étude très complète dont les résultats sont consignés dans un long *Traité* remarquablement fait. Liveing admet quatre variétés :

La première, *hémicrânie* proprement dite, est caractérisée par une douleur unilatérale, survenant au réveil, s'accompagnant quelquefois de nausées, guérie par le sommeil, et dont la période terminale est marquée par des poussées congestives.

La deuxième, *sick headache*, a été décrite par Fothergill. Elle est héréditaire, apparaît dans la jeunesse, affecte une marche périodique, reconnaît surtout, comme causes déterminantes, les émotions. La céphalalgie est assez mal localisée, souvent généralisée; nausées, vomissements, prostration physique et morale; état analogue au mal de mer. L'attaque est quelquefois terminée par un vomissement de matières alimentaires

ou de bile. La face est pâle, le regard sans expression. Le mal de tête peut manquer. C'est le Bilious Headache d'Albutt, le vertige nauséeux de Marshall Hall.

La troisième, *blind headache*, n'est autre que la migraine ophthalmique.

La quatrième, décrite surtout par Lebert, et très bien étudiée par Liveing, est caractérisée par des troubles de l'intelligence, de la sensibilité générale, de la motilité, associés aux phénomènes des variétés précédentes. C'est dans cette variété que se rencontrent l'aphasie et l'amnésie, le vertige et un sommeil torpide (Drowsiness) (1).

Il y a certainement beaucoup de vrai dans tout cela; mais cette classification est-elle légitime, et sont-ce bien là des variétés différentes?

Lasègue (2) commence par rejeter du cadre de la migraine les vertiges, les syncopes et tous les troubles intellectuels et moteurs qui constituent la quatrième variété de Liveing. Nous verrons plus tard combien cette exclusion est excessive. Quant à la première et à la deuxième variétés, elles n'ont pas de raison d'être, et il n'y a pas lieu de les distinguer. Les troubles oculaires seuls trouvent grâce devant le critique, qui veut bien leur accorder une place à part.

Nous pensons, en effet, que la migraine est une affection *trop personnelle* pour en morceler ainsi l'étude. Aussi décrivons-nous, sous le nom de migraine

(1) Liveing. On megrim, etc. London, 1873.

(2) De la migraine. Revue critique, in Arch. gén. de méd. 4^e série, p. 22, 1873.

vulgaire, les phénomènes de la première et de la deuxième variétés de Liveing, ces phénomènes ne se présentant que fort rarement avec des caractères assez tranchés pour faire admettre une division symptomatique, d'autant que, chez le même sujet, l'aspect général de la migraine peut changer d'un accès à l'autre. D'un autre côté, si nous sommes loin de rejeter les phénomènes moteurs, sensitifs, intellectuels, nous ne pensons pas qu'on puisse les décrire autrement que comme symptômes associés à l'affection. Nous n'en dirons pas autant des troubles oculaires qui, grâce aux remarquables descriptions de Piorry, de Liveing, de Charcot et Féré, de Galezowski, etc., ont acquis une importance considérable qui leur a mérité le nom de migraine *ophthalmique*, variété fort intéressante au point de vue symptomatique et pronostique. Nous lui consacrerons une description complète, après en avoir présenté un historique détaillé.

La migraine s'accompagne quelquefois d'autres troubles sensoriels, et l'on a récemment décrit, à côté de la migraine ophthalmique, des migraines *auditive*, *gustative* et *olfactive*. Nous examinerons s'il y a lieu de les admettre comme variétés distinctes.

Ceci dit, nous allons d'abord exposer la symptomatologie de la migraine vulgaire, en laissant de côté les troubles visuels qui peuvent l'accompagner, et en essayant d'en donner une idée générale. Pour cela, nous suivrons, autant que possible, la marche dans laquelle se présentent les incidents.

Lasèque a très bien exposé l'aspect et la marche

d'un accès de migraine, et sa division de l'accès en trois périodes a été adoptée par quelques auteurs, tandis que presque tous les autres ont décrit à part chaque symptôme. Ce dernier moyen a l'avantage d'être plus commode ; mais il ne donne pas l'idée de ce qu'est le migraineux pendant la crise. Aussi adopterons-nous le procédé de Lasèque, tout en insistant particulièrement sur les symptômes qui se montrent le plus communément et sur ceux qui méritent une mention spéciale.

A. Migraine vulgaire. — La migraine classique débute le matin, disait Lasèque. Cette proposition, vraie dans la plupart des cas, est loin d'être absolue, beaucoup de migraineux n'ayant leur accès qu'après le repas du matin. Rarement le début est brusque, et le migraineux est d'habitude averti par des prodromes auxquels il ne se trompe pas et qui lui permettent de pronostiquer sûrement la crise qu'il va subir.

Si le début doit avoir lieu le matin, le malade éprouve, dès la veille, un malaise particulier ; il a le sentiment d'un changement dans son individualité ; il est quelquefois triste et morose, ou irritable et inquiet ; le travail intellectuel est difficile ou impossible ; la torpeur intellectuelle s'accompagne de torpeur physique ; il a des bâillements, des horripilations, de légers frissonnements ou même des frissons. Le besoin de sommeil se fait vivement sentir, et cependant le malade arrive difficilement à jouir d'un sommeil agité, troublé quel-

quefois par des cauchemars, ou au contraire lourd et prolongé.

Plus rarement ce sont des phénomènes opposés qui annoncent le début du mal. Le malade se sent dispos, en bonne humeur ; l'appétit est plus vif que d'habitude ; l'aptitude au travail intellectuel est manifeste, l'intelligence et la mémoire sont plus éveillées. Cela ressemble assez à ce qui se passe avant une attaque de goutte, et, chez la femme, aux prodromes de la période menstruelle : quelques migraineuses commettent, sous ce rapport, de nombreuses erreurs de diagnostic. La nuit est généralement calme, et au réveil le malade éprouve de la lourdeur de tête, qui marque le début de l'accès.

Si l'accès doit avoir lieu plus tard, le malade, qui s'est couché bien portant, se réveille fatigué ; il se lève avec effort et cherche à lutter contre la torpeur physique et cérébrale qui s'est emparée de lui. Il est maussade, chagrin, agacé ; il a des horripilations, des frissonnements, une impressionnabilité ou froid inaccoutumée. Il se met à table sans appétit, sans soif, mange très peu. Puis surviennent des éructations, des nausées, de l'acidité gastrique (Willis, Tissot, Chaumier), des pandiculations, parfois de l'hyperesthésie cutanée. Enfin la lourdeur de tête survient, et l'accès éclate.

On peut observer encore d'autres phénomènes. Chez l'un, c'est seulement un sentiment de plénitude stomacale, avec lassitude générale ; chez un autre, un dégoût marqué pour tel aliment. On a noté une aversion inaccoutumée pour le tabac (Willis, Tissot, Chaumier),

des bourdonnements d'oreilles, pouvant aller jusqu'à la surdité (Tissot), du froid aux pieds (Travers, Deschamps), un réveil brusque et en sursaut (Pelletan).

Le mal de tête est le phénomène capital de l'accès de migraine vulgaire. La céphalalgie peut être plus ou moins intense; mais elle affecte par ses allures quelque chose de spécial qui en fait une variété à part. C'est d'abord une sensation diffuse, vague et légère, tensive, ou une douleur assez supportable, occupant un point restreint, dont le patient détermine difficilement le siège précis. Cette sensation est remplacée par une douleur vraie qui devient bientôt excessivement pénible. Elle occupe le plus souvent le globe de l'œil, le sourcil, la région temporale, le front, la région pariétale ou occipitale. Au point de vue topographique, elle serait, d'après Lasègue : hémicrânienne, occipitale, syncipitale ou diffuse. L'occipitale serait rarement hémicrânienne, la syncipitale toujours bilatérale.

L'hémicrânie présente des foyers maxima : orbite, régions sus-orbitaire et temporale, jamais sous-orbitaire. « Tout au plus survient-il une sensation vague de pesanteur et d'empâtement de la face et un peu d'agacement des dents ». (Lasègue.)

Pour Soula, la douleur est essentiellement *oculaire* et *faciale*. Le fait est loin d'être constant. Nous pensons, au contraire, que, si la douleur de l'œil est la plus fréquente, celle de la face est rare. Les régions sus-orbitaire et temporale sont le plus fréquemment atteintes, après l'œil. Viennent ensuite le front, les régions occipitale et pariétale.

Généralement unilatérale, la céphalalgie peut, rarement, être bilatérale; mais elle est alors plus intense d'un côté.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la douleur est plus fréquente à gauche qu'à droite. Seul, Bouillaud la croit plus fréquente à droite. Généralement, elle siège toujours du même côté chez le même malade. Quelques-uns l'ont tantôt à droite, tantôt à gauche, avec une prédilection marquée pour un côté, et intensité moindre quand elle atteint le côté opposé.

Au point de vue du siège, cette céphalalgie présente encore deux caractères importants : de fixe qu'elle était au début, elle se diffuse, s'étale, ne se limite pas au trajet d'un nerf. Cependant, elle est parfois plus marquée sur le trajet du nerf frontal, et l'on peut même constater de l'hyperalgésie cutanée au foyer principal de la douleur, particulièrement à la région pariétale, « en ce point décrit par Valleix comme commun aux névralgies de toutes les branches du trijumeau. (Grasset.) Armaingaud (1) a signalé l'existence, dans quelques cas, de points apophysaires, comme dans la névralgie du trijumeau, et parfois la pression au niveau du ganglion moyen du sympathique cervical provoque une sensation douloureuse.

Le second caractère est sa migration brusque d'un point à un autre ou d'un côté à l'autre.

Quant à sa nature, la douleur subit des variations

(1) Armaingaud. Du point apophysaire dans les névralgies, etc., Paris, 1872, p. 16.

nombreuses, et chaque migraineux souffre à sa manière. Elle atteint rapidement son maximum d'acuité. De contusive ou tensive qu'elle était, elle devient pongitive, térébrante, et acquiert parfois une intensité si grande qu'elle abat l'énergie des plus vigoureux. Les malades emploient toutes sortes de comparaisons pour la dépeindre. Il leur semble qu'on les scalpe, que la peau est violemment appliquée sur la surface osseuse; ils ont la sensation d'une vrille qui perfore le crâne, d'un étau qui comprime les parties douloureuses, d'un marteau qui les frappe, de tenailles qui broient, d'un cercle de fer, d'un mouvement de liquide dans la cavité crânienne, de piquûre, de mouvements du cerveau contre les parois, d'une balle de plomb enfoncée dans le muscle temporal. Quelques migraineux croient que les sutures du crâne se séparent. Parfois, le cuir chevelu est très sensible.

La douleur occipitale est la plus insupportable de toutes. La pression sur l'œil est particulièrement pénible.

La céphalalgie est continue, avec des exacerbations provoquées par les moindres mouvements, surtout l'action de monter un escalier : à chaque marche, lorsque la douleur est temporale, le malade éprouve un choc excessivement pénible; l'artère temporale est le siège de battements douloureux; les mouvements de rotation de la tête sont parfois impossibles, à cause des exacerbations qu'ils occasionnent.

Cette douleur, qui peut occuper un siège excessivement limité (Chaumier l'a vue occuper la partie comprise

entre la cornée et le tendon de l'orbiculaire), s'irradie quelquefois vers la face, le cou, l'épaule, le pharynx. Elle n'est pas lancinante, mais gravative; c'est une ondée de douleur (Hervez de Chégoin). Cependant, à cette période d'acmé, chez certains sujets, la douleur prend la forme lancinante; mais elle n'a jamais ce caractère au début.

Pendant que la douleur arrive à son summum, le malade éprouve d'autres phénomènes qui compliquent la scène. Tout mal de tête exempt de complications gastriques ne doit pas être considéré comme une migraine; mais il ne faudrait pas, avec quelques-uns, croire que le vomissement accompagne fatalement l'accès de migraine. Fort heureusement, beaucoup de patients ne vomissent pas à tous leurs accès, et il en est un assez grand nombre qui ne vomissent jamais. Ce que l'on observe généralement de ce côté, ce sont des nausées, de l'amertume de la bouche, du malaise stomacal plus ou moins accentué, de la perversion du goût, de l'anorexie, des régurgitations acides. Parfois l'appétit est conservé, le malade mange et digère très facilement; la soif, quelquefois nulle, est conservée chez quelques-uns. Dans tous les cas, le migraineux mange sans plaisir, surtout s'il redoute les vomissements. Une chose qu'a bien fait ressortir Lasèque, c'est l'absence de douleur gastrique ou intestinale, ainsi que d'enduit saburral de la langue, toutes choses qui témoignent de l'intégrité de l'estomac. Le vomissement, dit-il, est le summum du possible, et ce n'est qu'une « façon de spasme sans lésion. »

Le vomissement accompagné très souvent de bâillements n'est pas un phénomène critique de la migraine. Il se produit pendant la période d'ascension comme pendant la période stationnaire de la douleur. Il se compose de matières alimentaires, de mucus, de bile, et seulement de matières glaireuses, lorsque le patient est à jeun, ce qui est assez fréquent. Parfois presque constant pendant une heure et plus, il détermine des secousses qui, loin de calmer la douleur, la rendent intolérable. Ces vomissements procèdent par crises, et lorsqu'ils se produisent à la période stationnaire, l'accès peut être abrégé. Le bâillement existerait aussi, lorsqu'il se produit, à toutes les périodes (Soula).

Comme l'a fait observer Lasègue, il n'y a jamais de symptômes d'indigestion après le vomissement. La constipation est la règle, et tout migraineux qui éprouve le besoin de la défécation reconnaît que la fin de la crise approche (Lasègue).

L'état nauséeux plus ou moins analogue au mal de mer, qui précède ou accompagne le vomissement, constitue un phénomène absolument pénible ; la peau est recouverte d'une sueur froide ; il y a un mouvement de concentration générale (Grasset), tandis que la céphalalgie est à son summum d'intensité.

Le travail intellectuel, déjà pénible avant le début de l'accès, devient impossible. Si le malade, réagissant contre la sensation de vide cérébral qui existe au début de l'accès, veut lire ou écrire, sa douleur en est accrue. L'inaptitude au travail s'accompagne souvent d'un mélange de somnolence et d'excitation, ou d'excitation

seule, surtout pendant la phase stationnaire de la douleur, d'affaiblissement de la mémoire, dans quelques cas, d'une atteinte plus ou moins légère de l'intelligence. Cette inaptitude au travail est très commune ; les malades se complaisent dans l'oisiveté. D'aucuns sont absolument incapables de surmonter cette apathie ; d'autres, plus énergiques ou mieux favorisés, se mettent au travail ; mais c'est au prix de bien cruelles souffrances. De plus, l'effort intellectuel est plus grand que d'habitude, et si le migraineux écrit, il a de la peine à trouver ses mots et à constituer ses phrases. Il sait, par expérience, qu'il sera probablement obligé de refaire son travail le lendemain. Il semble quelquefois au malade qu'il le passé est le présent (cas d'Airy). A mesure que l'accès avance dans sa marche, le malade devient de plus en plus agité, et cette agitation chasse complètement le sommeil. Quelques malades sont distraits, et oublient ce qu'ils viennent de faire ou cherchent vainement quel acte ils viennent de se proposer d'accomplir. Parry dit que certains migraineux perdent la mémoire au point de ne pas se rappeler le remède qu'ils viennent de prendre (1).

Le caractère, et cela est fort naturel, subit un changement profond. L'irritabilité de la période prodromique s'accuse davantage, en même temps que la physiologie du malade s'altère plus ou moins, de telle sorte que cette altération suffit pour que ses familiers diagnostiquent son accès de migraine. L'impressionnabilité au froid est aussi très marquée.

(1) Parry. Collection from the unpublished writings.

A ce moment, le malade est tourmenté par tout ce qui se fait autour de lui ; il est indifférent aux objets qui d'habitude ont de l'attrait pour lui ; il recherche le silence et l'obscurité, ne pouvant supporter ni lumière, ni bruit, ni odeur. Il y a hyperexcitabilité de tous les sens.

Quelques malades cependant, au lieu de présenter de la photophobie, se trouvent moins bien dans l'obscurité et ne peuvent trouver de repos que dans un endroit bien éclairé. « Lasègue, étant jeune, s'était trouvé dans ce cas, et il nous racontait avoir connu un malade qui ne pouvait dormir qu'à la condition de tenir allumée, à chaque coin de sa chambre, une lampe Carcel » (1).

Il y a, chez quelques migraineux, de l'excitation génésique (Poincaré, Chaumier).

Arrivé à ce *sumnum*, l'accès tend à disparaître ; la douleur s'assourdit, le malaise stomacal s'affaiblit, la torpeur intellectuelle remplace l'agitation ; la tête n'est plus vide, elle est lourde ; le malade éprouve un besoin de sommeil impérieux ; mais il est des migraineux qui, brisés de fatigue, incapables du moindre effort, ne peuvent pas dormir. Ce sont, comme dit Soula, « les gens de l'enfer » ; d'autres, plus heureux, s'endorment. Après un sommeil agité, le malade s'éveille guéri, mais fatigué, mal à l'aise. « On n'est guéri que lorsqu'on a mangé ». (Lasègue.)

(1) Soula. Contribution à l'étude de la migraine. Th. Paris, 1884, n° 35.

La crise ne s'arrête pas toujours ainsi, et quelques malades, à leur réveil, sont pris des douleurs de la veille, douleurs qui pourront persister jusqu'à la nuit suivante.

L'accès dure ainsi plus ou moins longtemps, ne s'accompagnant pas de troubles de la circulation générale ni de la respiration. Dans quelques cas, peu nombreux, le pouls est petit et serré; il arrive rarement qu'il soit plus fort et plus plein que d'habitude. Les palpitations disparaîtraient au moment de l'accès, et la respiration serait plus facile que d'ordinaire (Gubler et Bordier) (1). Les mêmes auteurs citent le cas singulier d'une dame sujette à la migraine dont les cheveux étaient décolorés dans la portion formée pendant l'accès, en sorte qu'ils présentaient des zones alternativement blanches et noires. Quant à l'urination, elle est très souvent normale. Fordyce a noté le dépôt d'un sédiment blanchâtre; d'autres des urines rares pendant l'accès. Plus fréquemment l'urine est claire et abondante. Selon Mollendorf (2), quatre ou six heures après le début de l'accès, elle contient de l'oxalate de chaux en quantité variable; le lendemain, elle est trouble et renferme un sédiment d'urate de soude. On a noté de la diminution au début, de la diurèse à la fin (Vulpian) (3).

(1) Art. migraine, in Dict. encycl. des sc. méd., 2^e série, t. VII.

(2) Ueber Hemikranie. Virchow's Arch. für Anat. und Phys. Bd. XLI, 1867, p. 390.

(3) Leçons sur l'appareil vaso-moteur, t. II, p. 63 et s., Paris, 1875.

La face est généralement pâle, surtout pendant la première moitié de l'accès; d'autres fois elle est un peu colorée. C'est surtout la joue du côté malade qui présente des troubles vaso-moteurs (Vulpian). Nous reviendrons plus loin sur ces phénomènes circulatoires.

Lorsque l'accès ne se termine pas par le sommeil, la fin en est marquée par un vomissement très abondant, par une transpiration abondante localisée aux pieds (Gubler et Bordier), aux avant-bras et aux mains (Tissot) (1), un flux salivaire ou lacrymal, un écoulement de sérosité par la narine correspondante, une épistaxis (2).

Enfin, la crise peut avorter par suite de circonstances inappréciables; plus souvent, la durée de l'accès est abrégée par des phénomènes nerveux divers: une distraction, une émotion vive, « une obligation soudaine et irrésistible », dit Lasègue, qui raconte à ce sujet le fait suivant: « Un général qui a été mêlé aux événements militaires de la conquête de l'Algérie me racontait qu'on était obligé, lorsqu'il était pris de sa migraine hebdomadaire, de le hisser sur son cheval; il avançait ainsi demi-nauséux, demi-vomissant, porté à la tête de sa colonne. Aux premiers coups de fusil, l'accès se dissipait; s'il ne rencontrait pas d'ennemis sur la route, il lui fallait impérieusement quatre heures au moins d'un sommeil massif. »

Dans le même ordre d'idées, on doit citer le coït,

(1) De la migraine. Œuvres complètes. Paris, 1813.

(2) Gubler et Bordier. Loc. cit.

qui, au moment des prodromes peut faire avorter la crise, comme il en abrège la durée à la phase de déclin (Poincaré, Chaumier) (1). Parfois le fait d'aller de la campagne à la ville ou de la ville à la campagne produit le même résultat.

Mais, comme le fait remarquer Lasèque, ces circonstances n'ont d'influence qu'à la dernière période de la crise; il est fort rare qu'elles arrêtent la marche d'un accès qui est à son début.

Tels sont les phénomènes qui peuvent se rencontrer dans un accès de migraine. Ils sont nombreux et appartiennent tous au domaine du système nerveux. Ils se présentent avec des allures variables selon les sujets, dont quelques-uns n'abandonnent pas leurs occupations journalières. Ce qu'il y a surtout de caractéristique, c'est la nature spéciale de la douleur, c'est sa migration surtout lorsque l'accès approche de sa fin, c'est l'atteinte subie par le malade dans sa manière d'être, c'est l'absence de douleur gastrique et de phénomènes d'indigestion. Le vomissement est un spasme nerveux qui accompagne souvent la migraine, qui n'en est pas un phénomène constant ni obligé.

Ceci nous amène à examiner si la maladie décrite par Rossbach sous le nom de *gastronyxis nerveuse* constitue une véritable migraine.

Sous le nom de *nervæse gastroxynsis*, Rossbach a décrit une affection caractérisée par des accès survenant toutes les semaines, tous les mois ou tous les deux

(1) Chaumier. Th. Paris, 1878, n° 363.

mois, chez les adolescents ou chez des hommes d'âge mûr, de 10 à 20 ans ou de 30 à 40 ans, se livrant à des travaux intellectuels absorbants, et laissant, dans l'intervalle, ceux qui en ont souffert, en parfait état de santé. L'accès débute soit par une céphalée croissante, soit par une sensation de brûlure dans l'estomac, excessivement douloureuse, accompagnée d'acidité gastrique très prononcée. La céphalalgie est assez violente pour empêcher le malade de se livrer au sommeil, et pour faire naître chez lui le sentiment d'une fin prochaine. Elle affecte « la surface entière du cerveau », et, vers la fin, le malade accuse parfois des fourmillements dans un bras et même de l'anesthésie d'un membre. Alors surviennent des vomissements, que la douleur précède d'un temps plus ou moins long, mais ne dépassant pas vingt-quatre heures. Dès que l'estomac a été vidé, la céphalalgie s'atténue et disparaît; le malade s'endort.

Les matières vomies sont excessivement acides, surtout celles du dernier vomissement.

Quelques verres d'eau tiède, une infusion légère de thé, coupent ordinairement l'accès (1).

R. Longuet croit, avec Rossbach, que cette *gastroxie nerveuse* est une variété de migraine. Cette opinion est basée sur les faits suivants : l'accès survient après une émotion ou un travail intellectuel excessif; le retour des crises est périodique; il y a de la cépha-

(1) Rossbach. Deut. Arch. f. klin. Med., 1884, XXXV, n° 5, p. 383.

lalgie, de la pâleur du visage, de la douleur oculaire, de l'acidité des sécrétions gastriques, notée par Tissot dans certains cas de migraine qui paraissent « dépendre de l'humeur acide formée dans l'estomac et qui, quelquefois, s'évacue seule (1). »

Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour réfuter cette manière de voir, que de lui opposer le fait et les arguments suivants que nous empruntons à M. le professeur Lépine (2).

OBSERVATION I (résumée. Lépine).

Homme de 32 ans, profession libérale; pas d'antécédents diathésiques; bonne santé antérieure; pas d'excès, sauf café et tabac.

En 1882, après un travail intellectuel intense, lenteur des digestions, crampes à l'épigastre, puis envies de vomir et vomissements alimentaires. Le malade diminue la quantité habituelle de ses aliments; mais il maigrit, s'affaiblit, et a, de temps en temps, des vomissements bilieux à jeun.

Apyrexie, langue blanche, très chargée, non rouge aux bords, dégoût, constipation, douleur épigastrique vive, spontanée et provoquée par la palpation, soif, *pas de céphalalgie*; exaltation intellectuelle et insomnie.

Vomitif, purgatif salin. Retour à l'état de santé antérieur, sans *dyspepsie*.

Trois mois plus tard, *seconde crise, non précédée de dyspepsie*. Cette crise dure trois jours, avec vomissements se repro-

(1) R. Longuet. La gastroxie nerveuse. Un. méd. n° 21, 1885.

(2) R. Lépine. Crises gastroxiques. Soc. méd. des hôp., 10 avril 1885.

duisant tous les quarts d'heure. Depuis, les crises se renouvellent environ tous les trois mois. Les matières vomies sont très acides ; mais la céphalalgie manque. Sédiment uratique très abondant pendant les derniers jours de la crise.

M. Lépine fait observer que la céphalalgie a manqué dans l'observation ci-dessus. Il est vrai, ajoute-t-il, qu'on a vu des migraines avec céphalalgie fort atténuée, mais ce symptôme est alors remplacé par un état général dans lequel la prostration domine (Liveing, Lasèque). Mais ces migraines s'accompagnent de phénomènes gastriques à peu près nuls, et diffèrent absolument de la gastroxie. D'autre part, on n'appelle pas migraine une affection dont le symptôme dominant, essentiel est le vomissement. Dans la migraine, le vomissement, outre qu'il est accessoire, ne dure pas tant que dure la crise ; il manque même souvent lorsque la douleur est à son summum. Enfin, il ne s'accompagne pas, comme dans la gastroxie, de douleur épigastrique.

Ces raisons sont péremptoires, et nous n'avons rien à y ajouter. A ceux qui feraient observer que la céphalalgie existait dans les faits de Roszbach, nous ferons remarquer que cette douleur de tête ne ressemble guère à celle de la migraine, que cette dernière n'est pas, comme dans la gastroxie, jugée par les vomissements, qu'un vomitif donné au début de l'accès de migraine ne le fait pas avorter, comme cela paraît avoir souvent lieu pour la gastroxie. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu d'admettre cette affection dans le cadre de la migraine.

Il nous reste à dire un mot de la durée des accès de migraine vulgaire.

Ici, les auteurs sont loin d'être d'accord. Pour Lasèque, tout mal de tête qui dure moins de six heures et plus de quarante-huit heures ne doit pas être mis au compte de la migraine. Cependant, certains accès avortés durent moins que la limite minima, et d'autres durent plus de deux jours ; mais ce sont là des faits exceptionnels. Rarement la durée de la crise dépasse vingt-quatre heures. Fodéré et Prunelle auraient observé des accès qui suivaient la marche du soleil, débutant le matin, croissant jusqu'à midi, pour décroître ensuite et disparaître à la nuit (1). [Manget cite un cas analogue, emprunté à Thomas Bartholin (2). Etait-ce une véritable migraine ? Il est permis d'en douter ; car il est dit que l'accès revenait tous les jours à sept heures du matin.

Le retour des accès est variable suivant les sujets et même chez le même malade. Quelquefois, cependant, ils reviennent régulièrement tous les mois, tous les quinze jours, tous les huit jours. Chez les femmes, il n'est pas rare d'observer un accès à chaque période menstruelle. On sait que Sauvages admettait une *migraine lunatique*, revenant à chaque phase diverse de la lune. Il cite à ce sujet l'observation de Salius Diversus :

« L'auteur a observé trois personnes atteintes de ce

(1) Prunelle. Soc. de méd. de Montp., t. XXIII.

(2) Manget. Bibl. méd. prat., t. I, p. 1.003.

genre d'affection, parmi lesquelles il doit citer un dominicain, qui avait souffert pendant trois ans et sept mois, à chaque huitième jour de la lune, d'une douleur très aiguë au niveau du muscle temporal. Cette douleur survenait presque à la même heure, durait trente heures; et pendant tout ce temps, le malade ne pouvait ni voir la lumière, ni entendre le moindre bruit, ni prendre la moindre nourriture. Pendant le reste du temps, il jouissait de la meilleure santé (1). »

Junker parle d'une dame sujette à des accès de migraine revenant toutes les heures et durant un quart d'heure (2). Il est plus que permis d'avoir des doutes sur la réalité de cette migraine.

Les cas de ce genre avaient donné aux auteurs l'idée de créer une migraine intermittente que nous retrouvons dans des mémoires assez récents (3).

Rarement les accès sont séparés par un intervalle de moins d'un septénaire.

A mesure que le migraineux vieillit, les accès deviennent moins fréquents et moins douloureux. Nous verrons plus tard ce que devient le malade lui-même.

B. *Migraine ophthalmique*. — Désignée aussi sous les noms de : amaurose partielle temporaire, irisalgie, hémipie périodique, scotome scintillant, suffusio dimidians, transiens hemiopia, teichopsie, blind-heada-

(1) Sauvages. Not. méth., t. II, p. 58.

(2) Junker. *De hemicraniâ horologicâ*. Halæ, 1767.

(3) De Fajole. De la migraine. Paris, 1868.

che, half-blindness, cette affection est essentiellement caractérisée, dans sa forme vulgaire et simple, par l'apparition, dans le champ visuel du malade, d'une figure lumineuse circulaire, puis demi-circulaire, en forme de zig-zag ou de dessin de fortification, animée de mouvements vibratoires, blanche ou phosphorescente ou colorée en jaune, rouge ou bleu, suivie souvent d'une hémianopsie latérale, de douleurs hémicraniques, de nausées et de vomissements.

Historique. — Vater (1) paraît être le premier auteur qui ait cité des cas d'amaurose partielle temporaire, qu'il rapporte à une lésion cérébrale, et au sujet desquels il émet l'hypothèse de l'entrecroisement partiel des fibres des nerfs optiques. Lazerme (1748) aurait noté un phénomène semblable (2). Plenck (1783) et Stoll (1795) en auraient observé aussi, d'après Armand-Guyé. Demours en aurait observé un cas chez la marquise de Pompadour, en 1762, cas cité dans son *Traité des maladies des yeux* (1818). La première description du symptôme est due à Wollaston (1824) qui rapporte sa propre observation (3), traduite l'année même par Arago (*Annales de chimie*, t. XXII, p. 109)

(1) Vater *Dissert. de duobus vitiis visus, altero duplicato, altero dimidiato*. Wittembergæ, 1718 et Vater et Heinicke. *Dissertatio quæ visus duo vitiâ rarissima, alterum duplicati, alterum dimidiati*, etc., Wittemb. 1723.

(2) Lazerme. *Tractatus de morbis internis capitis*. Amsterdam, 1748.

(3) Philosophical Transactions, 1824.

qui y ajoute la sienne. Wollaston décrit le scintillement et en fait un symptôme prodromique de la migraine.

Pravaz (1825) rapporte les cas de Vater et de Demours, qui ne paraissent pas appartenir à la migraine, et y ajoute un cas personnel (1). Piorry (1831) donne une description remarquable du scintillement, qu'il considère comme un trouble sensoriel prodromique de la migraine qu'il appelle ophthalmique et qu'il considère comme une *irisalgie* ou une *monophthalmalgie* (2). Pelletan admet l'existence de la migraine ophthalmique, dont il était du reste atteint (3). On peut dire qu'à partir du travail de Piorry, la migraine ophthalmique est parfaitement créée. C'est, au point de vue symptomatique, l'histoire complète d'un accès de cette affection. On y a ajouté depuis, mais on n'en a rien retranché.

Tyrrel (1841) rattache l'hémiopie à la migraine de Piorry (4), Brewster et Airy (1865) rapportent l'histoire de leur hémiopie migraineuse (5). Testelin (1866) publie trois observations nouvelles (6). En 1867,

(1) Arch. de méd., 2^e série, t. VIII, p. 59.

(2) Mémoire sur la migraine, 1831. Traité de méd. prat. t. VIII. Mémoire sur l'une des affections désignées sous le nom de migraine, Paris, 1835.

(3) Coup d'œil sur la migraine, Paris, 1832.

(4) Cyclopædia of practical surgery, 1841.

(5) Brewster. Philosophical magazine, 1865. Airy, eodem loco.

(6) Supplément ou Traité des mal. des yeux de Mackensie, 1866 et klin. Monatsbl. de Zehenlender, 1867.

Listing et Ruete publient leurs observations personnelles, et Förster fait une description de sa migraine ophthalmique (1).

Liveing, dans son Traité, réunit les faits connus, ajoute quelques observations personnelles, et donne une bonne description de la migraine ophthalmique (Blind-Headache). Il ne considère les phénomènes oculaires que comme une phase de la migraine.

En 1875, Dianoux étudie le scotome scintillant ; mais il en fait une affection indépendante de la migraine (2).

Entre temps, d'autres faits avaient été publiés par Ware (1814), Herschel (1858), Hubert Airy (1867), Szokalsky (1870), Quaglino (1870), Hutchinson (1871), Mauthner (1872), Derby (1872), Kums (1872), Latham (1872), Schön (1874), Allbutt (1874), Dumax (1876) et Reuss (1876). Nous ne pouvons les passer tous en revue. Le lecteur trouvera à la fin de ce travail les indications bibliographiques les plus importantes.

En 1878, Galezowski décrit à part les phénomènes oculaires, compris auparavant dans la symptomatologie de la migraine vulgaire et adopte le mot de migraine ophthalmique. « Il existe des cas, dit-il, dans lesquels les malades n'accusent point de phénomènes généraux de la migraine, mais où elle se présente sous forme de troubles visuels et rien de plus, d'amblyopies bizarres et des plus variées, et qui sont toutes

(1) Klinik. Monatsblatter, 1867. Förster. Soc. d'ophth. d'Heidelberg, 1867.

(2) Dianoux. Du scotome scintillant. Th. Paris, 1875.

de la même nature que la migraine elle-même, mais s'en éloignent cependant par l'absence des phénomènes caractéristiques de cette dernière. »

Ces symptômes accompagnent la migraine vulgaire, lui succèdent ou existent seuls.

Galezowski (1) en décrit quatre variétés :

a). *Hémiopie périodique*, atteignant un seul œil ou les deux, pouvant affecter la forme d'hémiopie supérieure ;

b). *Scotome scintillant* ;

c). *Amaurose migraineuse* ;

d). *Photophobie migraineuse*.

Ces différentes variétés peuvent se compliquer d'amblyopie hystérique.

La migraine ophthalmique débute ordinairement d'emblée par un seul œil.

Galezowski décrit ensuite successivement : l'hémiopie périodique, le scotome central et la cécité complète périodiques, les phénomènes lumineux (scintillements, zigzags, éclairs, etc.). Ces derniers symptômes, presque constants, sont caractéristiques de l'affection. La douleur succède à ces symptômes oculaires ; elle est péri-orbitaire ou hémicrânienne, parfois limitée aux pommettes, à un côté du nez, etc. ; elle peut manquer. Puis surviennent des nausées avec ou sans vomissements, parfois de la photophobie et du larmolement, de l'aphasie et de l'amnésie passagères.

(1) Galezowski. Arch. gén. de méd., 1878.

Enfin l'auteur émet l'idée d'une irritation des branches de la cinquième paire, et surtout des filets vasomoteurs, pour expliquer la physiologie pathologique des accès.

En 1880, Baralt reprend l'étude du scotome scintillant; il publie son observation, cherche à démontrer que l'amaurose partielle temporaire est quelquefois indépendante de la migraine. Pour cet auteur, le scotome scintillant se compose de trois éléments: 1° un scotome placé presque toujours à côté du point de fixation et demi-transparent; 2° un scintillement qui suit le scotome et se montre sous la forme de zigzags lumineux très mobiles; 3° une céphalalgie qui n'existe pas toujours. Il est produit par des troubles vaso-moteurs de l'appareil optique et de la rétine (1).

L'année suivante paraît le très intéressant Mémoire de Féré, qui fait de la migraine ophthalmique une affection distincte, parfaitement autonome, s'accompagnant de troubles cérébraux, notamment de troubles localisés de la sensibilité et de la motilité, d'aphasie. Féré insiste particulièrement sur quelques points signalés par M. le professeur Charcot et sur lesquels nous aurons à revenir. Avec Charcot, Féré divise l'étude de la migraine ophthalmique en migraine *simple*, migraines *frustes*, migraines *dissociées*, migraines *associées*. Dans les premiers cas, les phénomènes transitoires peuvent devenir permanents; dans le dernier,

(1) Baralt. Contribution à l'étude du scotome scintillant. Th. Paris, 1880, n° 117.

les troubles nerveux associés peuvent s'installer définitivement et assombrir le pronostic, qui doit être réservé. Tous ces troubles divers sont produits par une anémie cérébrale (1).

En 1882, M. le professeur Charcot publie une observation de migraine ophthalmique suivie de paralysie générale (2). La même année, Féré rapproche l'hémiopie de la migraine ophthalmique de la même lésion par lésion cérébrale, et cherche, par leur rapprochement, à en expliquer la pathogénie (3).

En 1883, Parinaud publie une observation analogue à celle de Charcot (4).

La même année paraissent la thèse de Raullet, qui n'est, à peu de chose près, que la reproduction du travail de Féré, avec quelques observations nouvelles (5), une revue de Galezowski, dans le Recueil d'ophtalmologie, un mémoire de Meyer (6), une note de Féré (7) un article de Dreyfus-Brissac (8), une communication de Paul Bert à la Société de Biologie. La deuxième édition du Traité des Névroses d'Axenfeld, parue la même

(1) Féré. Revue mens. de méd., août 1881.

(2) Progrès médical, 1882.

(3) Féré. Th. Paris, 1882.

(4) Arch. de neurologie, 1883, t. V, p. 57.

(5) Raullet. Migraine ophth. Th. Paris, 1883, n° 289.

(6) Meyer. Revue générale d'ophtalmologie, 2^e année, n° 7, 1883, p. 333.

(7) Féré. Note sur un cas de migraine ophthalmique à accès répétés et suivi de mort. Revue de médecine, 1883, n° 3.

(8) Gaz. hebd. de médec. et de chirurg. prat., 20 juillet 1883.

année, renferme un résumé des phénomènes oculaires observés par Piorry, Förster, Liveing, Fothergill, etc. M. Huchard les divise en trois variétés : scotome scintillant, hémiopie scintillante, amblyopie scintillante, et les range parmi les prodromes de la migraine classique (1).

En 1884, nous trouvons un Mémoire de Bianchi (2) ; un travail de Robiolis (3) renfermant des observations inédites et signalant, à côté des phénomènes oculaires, d'autres phénomènes sensoriels (auditifs, olfactifs, gustatifs), qui peuvent exister séparément et constituer ainsi trois nouvelles variétés de migraine sensorielle. Cette thèse, écrite sous l'inspiration de M. le professeur Nicati, de Marseille, fut suivie d'une communication de ce dernier à la Société de Biologie, une étude complète de la migraine ophthalmique de José Armangué y Tusset (4). Ce dernier auteur donne, outre quelques observations personnelles, un historique détaillé de la question. Notre confrère d'au delà les Pyrénées donne des indications bibliographiques très nombreuses, et, contrairement à l'habitude des auteurs étrangers, il n'a garde d'oublier la bibliographie française. Nous lui en adressons nos bien sincères félicitations. Mais

(1) Axenfeld et Huchard. Traités de névroses, 1883, 2^e édition.

(2) Bianchi. La céphalée ophthalmique, in *Lo sperimentale*, février 1884.

(3) Robiolis. Contribution à l'étude de la migraine dite ophthalmique. Th. Montpellier, 1884, n^o 4.

(4) Estudios clinicos de neuropathologia, 1884. *Jaquica oftalmica*, p. 119 à 244.

pour lui, la migraine ophthalmique n'est qu'un des côtés de la migraine vulgaire. Nous examinerons plus tard la valeur des arguments qu'il met au service de cette opinion plus que discutable. Quant à l'autorité des documents sur lesquels il s'appuie pour contester à Galezowski, Charcot et Féré le mérite d'avoir créé la variété dite migraine ophthalmique, l'historique ci-dessus doit nous dispenser de les examiner présentement. Nous aurons bientôt l'occasion de parler de certaines opinions émises dans ce travail.

Description. — Voici comment Piorry décrit la migraine ophthalmique dont il souffrait : « Au moment de l'invasion, la vue est moins nette, on éprouve une sensation très analogue à l'éblouissement; il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se fait sur la rétine; peu à peu le point terne qu'on observait s'étend bientôt, et après une ou deux minutes, se dessine à l'entour de l'espace obscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques individus, mais pâle chez d'autres, disposé en zig-zags, agité par une sorte d'oscillation continuelle. D'abord très petite, cette portion du cercle grandit en même temps que le point central obscurci commence à s'éclaircir, et se développant de plus en plus, scintillant continuellement, semblant se rapprocher successivement de la circonférence de l'iris, l'arc lumineux finit par disparaître lorsqu'il arrive à l'extrémité du champ de la vision. Que l'œil soit ouvert ou fermé, l'hallucination continue; mais elle se dessine mieux dans un demi-jour ou dans les

ténèbres que dans une lumière vive. C'est presque toujours d'un seul côté qu'elle a lieu; je n'ai jamais vu personne qui ait éprouvé la sensation de doubles images. Chez presque tous les sujets de mes observations, la forme de ces images était à peu de chose près la même; de sorte qu'en la dessinant, ils reconnaissaient ce qu'ils avaient souvent vu. La durée de cette première lésion varie; ordinairement elle ne dépasse pas quelques minutes; quelquefois l'image met une demi-heure à parvenir à son entier développement et à sa disparition. »

Ce *scotome scintillant* a des allures spéciales qui en font un symptôme absolument caractéristique. Il peut exister seul ou s'accompagner d'autres troubles visuels. L'attaque commence par un obscurcissement, une espèce de nuage ou de voile qui s'étend sur les objets dans l'un des segments du champ visuel. La vue est subitement perdue pour les objets que le malade veut fixer; le nuage, la lacune qui apparaît dans le champ visuel, apporte une certaine gêne dans la vision; mais le malade ne s'en aperçoit pas, ou plutôt ne s'en rend pas compte. Cette lacune s'agrandit, sans atteindre le point de fixation, dont elle est distante de 1 à 2 millimètres. Si alors le malade veut lire, les lettres placées dans la zone centrale de la vision directe sont distinctes, mais celles de la périphérie, là où la vision est moins nette, sont voilées. Bientôt apparaissent les photopsies qui étonnent fortement le malade.

Quelquefois, les bords du *scotome* apparaissent limités par une ligne de lumière affectant la forme de

zigzags et scintillant presque à angles droits dans le sens de la longueur. Si le malade ferme les yeux, la lacune semi-opaque ou scotome paraît plus brillante que les bords. Puis le nuage s'affaiblit, le scintillement gagne les limites du champ visuel et disparaît (Parry.)

Ordinairement, la partie obscure apparaît sous forme d'îlot, s'agrandit en se déplaçant ; son bord devient scintillant. La cécité, là où elle existe, est complète ; on n'y distingue rien. Le bord scintillant tremble fortement et ressemble à une ligne noire, dentelée et agitée de mouvements. Il circonscrit bien au début la partie obscure ; mais il va s'agrandissant et prend la forme d'un arc ne dépassant pas le milieu du champ visuel. La convexité de cet arc regarde la périphérie. Il existe parfois, entre la lacune et l'arc scintillant, une zone claire dans laquelle on peut distinguer les objets. Lorsqu'il a atteint la limite du champ visuel, le scintillement disparaît ; la lacune s'efface ensuite (Förster).

Le scotome ne dépasse pas le milieu du champ visuel ; il est limité par une ligne plus ou moins ondulée, éloignée de 1 à 2 millimètres du point de fixation. D'après Förster, le scotome est toujours bilatéral, le scintillement peut être unilatéral.

La forme la plus fréquente du scintillement est celle de zig-zags, d'éclairs apparaissant dans le champ visuel inférieur et externe, s'étendant ensuite à toute l'étendue du champ visuel.

Une disposition intéressante est la suivante, observée

par Dianoux sur lui-même : « Dans les points qui étaient devenus aveugles les premiers, c'est-à-dire en bas et à droite, je vis apparaître deux ou trois petites flammes que je ne puis mieux comparer qu'à la flamme de l'alcool brûlant dans une chambre obscure ; ces flammes augmentèrent de nombre et se disposèrent rapidement en forme d'arche, dont le bord interne, concave, présentait des dentelures qui vibraient fortement. Cette arche alla s'agrandissant, tout en se rapprochant du point de fixation.

« Une seconde, puis une troisième arche se superposèrent à la première, et bientôt toute la partie du champ visuel qui s'était d'abord obscurcie fut envahie par le flamboiement. Les phénomènes ne s'arrêtèrent pas là : bientôt, en effet, les demi-cercles lumineux dépassèrent la ligne médiane et envahirent tout le champ visuel ; les petites flammes tremblaient vivement et présentaient un éclat incomparable, surtout dans l'obscurité, où, lorsque les paupières étaient fermées, leur coloration rappelait exactement celle de l'éclair. A ce moment, il m'était impossible de rien distinguer. J'étais littéralement aveugle. » (Dianoux.) Ruete donne une description un peu analogue.

D'autres fois, et ceci est le cas le plus fréquent, le malade voit apparaître un globe de feu, ou une roue dentée, blanche ou rouge, ou phosphorescente, animée de mouvements de rotation et de vibration. La roue s'élargit, s'obscurcit au centre, et s'ouvre du côté correspondant au point de fixation. Le cercle lumineux se change ainsi en un demi-cercle qui gagne en haut

et en bas les limites du champ visuel; les dents de la roue sont alors formées de lignes brisées, ressemblent aux angles d'un plan de fortification.

Chez Airy, le phénomène débutait par l'apparition d'un petit scotome central s'étendant bientôt sur un côté du champ visuel. Le point sombre prenait ensuite l'aspect d'une forteresse, entourée de remparts magnifiquement colorés. Au milieu de cette forteresse, se montre une espèce de bouillonnement. C'est l'aspect particulier du phénomène qui lui a fait donner par Airy le nom de *Teichopsie*.

Chez Baralt, le phénomène débute par une lacune dans le champ visuel. Les lettres placées dans la zone centrale de la vision directe sont distinctes; celles de la périphérie, où la vue est moins nette, sont voilées par « de petites ombres demi-transparentes, qui, en s'agrandissant, deviennent lumineuses sur les bords et prennent des formes variées parmi lesquelles je signalerai comme la plus constante, la forme polygonale; on dirait des fragments de polygone plutôt que des polygones complets, qui unis bout à bout forment des lignes brisées à angles inégaux, lumineux et vibrants. Ces lignes brisées, sorte de zigzags lumineux, se ploient et se déploient avec une extrême rapidité sans arriver jusqu'à l'effacement de leurs angles. » (Baralt.)

Les cercles sont formés, tantôt d'une ligne blanche, phosphorescente ou rouge, jaune ou bleue ou présentant les couleurs de l'arc-en-ciel. Airy a noté que la notion qualitative des couleurs manque alors que la perception quantitative persiste.

Parfois, et Förster en cite des exemples, les zigzags lumineux manquent; le bord du scotome ressemble alors à une ligne noire, mouvementée, dentelée; d'autres fois, le scintillement est vague, foncé, diffus, c'est « comme une ondulation vaporeuse » (Galezowski). Chez quelques malades de Galezowski, le scotome était sillonné de mouches lumineuses ou colorées, de paillettes argentées.

Tous ces phénomènes accompagnent le scotome, qui est, pour certains auteurs, toujours binoculaire, pour d'autres binoculaire ou monoculaire. Il est constitué par une tache grise, demi-transparente, de 4 à 5 millimètres de diamètre; située en dehors de l'axe visuel, dont elle est éloignée de 1 à 2 millimètres, et affectant une forme ronde. Le scotome peut exister seul, sans s'accompagner de phénomènes lumineux.

Quelquefois le scotome fait place à une *hémiopie* passagère, atteignant les deux yeux. C'est un défaut hémianopsique du champ visuel, qui empêche de voir la moitié des objets. Cette hémiopie est en général homonyme et latérale, ne s'étend pas jusqu'au point de fixation, occupe dans quelques cas les moitiés supérieure ou inférieure du champ visuel. Dans les cas d'hémiopie latérale droite binoculaire, la lecture devient fort difficile. Le malade ne voit que la moitié gauche des objets; les mots lui semblent coupés en deux moitiés, dont la droite invisible; il est forcé, s'il veut lire, de déplacer constamment le livre. Dans l'hémiopie homonyme latérale gauche, la lecture est moins

difficile. Si l'hémiopie binoculaire est inférieure, il survient quelque chose d'analogue.

On peut enfin observer une *cécité complète*, passagère comme les autres phénomènes et qui s'accompagne de scintillements. L'hémiopie nasale et l'hémiopie temporaire sont fort rares et tiennent peut-être à une autre cause (Féré).

Le scotome périodique est demi-transparent, un peu semblable à ce qui se produit quand on vient de fixer le soleil, et n'atteint pas le point de fixation; il en est de même de l'hémiopie, qui le plus souvent est limitée par une ligne ondulée et irrégulière. D'un autre côté, la pression du globe de l'œil produit des phosphènes au cas de scotome périodique.

Ces troubles sont le plus souvent plus marqués dans un œil. Nous devons enfin ajouter que l'on rencontre quelquefois du larmolement et l'amblyopie hystérique avec névralgie croisée (Galezowski).

Chez une malade de M. Charcot dont nous donnons l'observation, le scotome monoculaire s'accompagne d'un scintillement; mais il n'affecte pas l'une des formes signalées plus haut. C'est une tête d'homme que croit voir la malade. Un migraineux observé aussi par M. Charcot présentait un scotome à bords diversement colorés d'abord, puis couleur d'or.

Nous donnons deux observations de scotome monoculaire, considéré comme fort rare par beaucoup d'auteurs et par quelques-uns comme n'existant pas (Robiolis).

OBSERVATION II (Inédite).¹

Migraine ophthalmique; hémipie; scotome monoloculaire.

Mlle B..., 20 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Grand père maternel *migraineux*; la grand mère maternelle, âgée de 87 ans, a éprouvé, jusqu'à 60 ans, des accès de *migraine* vulgaire; elle est *asthmatique*; l'oncle maternel est *migraineux*; la mère est bien portante et n'a jamais eu que de légères douleurs de tête; la sœur de la malade a « des attaques de nerfs. »

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 14 ans. Il y a deux ans, migraines très violentes, notablement amendées par le bromure de potassium. L'emploi du bromure a été suspendu, il y a six mois, et les accès ont reparu avec leur intensité du début, il y a deux mois.

Etat actuel (novembre 1885). — Les accès, qui reviennent deux fois par semaine, sont constitués par les phénomènes suivants : apparition, dans l'œil gauche, d'un *scotome* ayant la forme d'une *tête humaine*; la malade insiste sur cet aspect particulier et dit ne jamais avoir eu de scotome en forme de fortification; les bords sont irisés et colorés (vert, bleu, jaune), le scotome grandit un peu, puis tourne et disparaît. La malade a noté quelquefois la coexistence d'une hémipie gauche.

Lorsque le scotome, dont la durée ne dépasse guère deux minutes, disparaît, il est remplacé par une douleur sus-orbitaire gauche fort vive. Cette douleur dure tantôt quelques minutes, tantôt une heure et plus. Dans ce dernier cas, elle est assez vive pour obliger la malade à se mettre au lit. Il n'y a jamais d'hémicrânie, et la douleur dont je viens de parler siège toujours à gauche. La santé est parfaite après un court sommeil.

Dans quelques accès, la malade a senti des fourmillements dans le pied gauche; ces fourmillements, qui ne duraient que

pendant une partie de l'accès, ne se sont jamais accompagnés d'engourdissement au visage ou au membre supérieur.

L'accès n'est jamais précédé de malaise général, ni de nausées, ni d'inappétence; il n'est jamais suivi de vomissements.

Lorsque l'attaque est violente, ce dont la malade est généralement avertie par la durée plus longue du scotôme et l'intensité plus grande de la douleur, il y a *perte de connaissance* pendant une ou deux minutes; la malade se raidit un peu, sans présenter ni mouvements des membres, ni déviation de la bouche; une seule fois, il y a deux mois, elle aurait uriné sous elle.

Avant la perte de connaissance, la malade a le temps de se préserver d'une chute. Cependant, prise un jour de son accès dans la rue, et forcée de monter trois étages pour se rendre chez ses parents, elle est tombée sur le palier avant d'avoir pu trouver la porte. Lorsqu'on l'a portée sur son lit, elle était un peu raide.

Cinq fois depuis deux ans, la malade a remarqué qu'avant la perte de connaissance sa tête tourne lentement à gauche, sans tremblement; immédiatement après, la perte de connaissance survient. La mère de la malade affirme que jamais il n'y a déviation de la bouche. Revenue à elle, la malade voit encore un peu trouble; mais elle se remet très promptement, parle aux personnes qui l'entourent, et peut manger un moment après.

Les accès sont plus violents lorsqu'ils ont lieu un peu avant l'époque menstruelle.

M. Charcot a soumis la malade au traitement suivant : prendre tous les jours, pendant la première semaine de chaque mois, 3 grammes de bromure de potassium; pendant la deuxième semaine, 4 grammes; pendant les deux suivantes, 5 grammes.

2 Février. Je vois la malade chez ses parents, et j'obtiens d'elle et de sa mère les renseignements suivants : Les atta-

ques n'ont pas reparu depuis le mois de novembre jusqu'au commencement de janvier. La malade, qui est mariée depuis la fin de novembre, continue le traitement prescrit par M. Charcot. L'état général est bon ; l'appareil digestif ne présente rien d'anormal ; le sommeil est tranquille et n'est pas troublé par des rêves pénibles. Dans les premiers jours de janvier, aux approches de la période menstruelle, la malade a été prise d'un accès de migraine ophthalmique plus violent que les précédents. Il n'y a pas eu de prodromes. Le scotome s'est montré à l'œil gauche, comme dans les accès précédents, accompagné d'hémiopie gauche et de fourmillements dans le pied gauche. Comme toujours, le scotome affectait la forme d'une tête humaine ; mais sa durée a été plus longue que d'habitude (quatre à cinq minutes) ; la douleur sus-orbitaire gauche qui a suivi était très violente. Le mouvement tournant de la tête a été immédiatement suivi de perte de connaissance avec raideur musculaire. Pas plus que dans les attaques antérieures, il n'y a eu de mouvements des membres ni de déviation des traits ou de la bouche. Il n'y a pas eu de nausées ni de vomissements. Mise au lit, la malade a dormi pendant vingt minutes environ ; au réveil, elle était tout à fait bien ; mais elle a remarqué qu'elle avait uriné sous elle.

Depuis, il n'y a pas eu d'autre attaque, et la dernière période menstruelle s'est passée, il y a quelques jours, sans incident.

OBSERVATION III (Armangué).

Migraine ophthalmique. Hémiopie monoculaire.

Jeunemarié, 27 ans, très nerveux, robuste, atteint depuis plusieurs années d'une migraine ophthalmique rebelle à tous les traitements. Les attaques sont provoquées par un travail intellectuel excessif, par l'ingestion de lait ; elles sont suivies de

vomissements abondants. Début par troubles visuels, occupant un *seul œil*. D'abord *brouillard obscur* à la partie externe, s'étendant lentement jusqu'au milieu du champ visuel, qu'il ne dépasse jamais. La limite entre la zone obscure et la zone claire n'est pas très nette; il y a entre les deux une légère gradation de tons. Cette hémiopie ne s'établit pas brusquement; mais elle paraît et disparaît progressivement. Il y a parfois dans le champ visuel une zone obscure à bords brillants, ondulés, le tout animé d'un mouvement circulaire qui devient très rapide et fatigue beaucoup le malade. Au début, l'œil malade ne voit que le contour des objets; plus tard, il ne les voit plus du tout (dans la zone obscure). Ceux qui correspondent à la moitié claire sont vus comme à l'état normal. Au bout de quinze à trente minutes, l'hémiopie et le scotome scintillant disparaissent et sont remplacés par une céphalalgie, souvent très intense, occupant toujours le côté opposé à l'œil atteint. Le phénomène occupe indistinctement l'œil droit ou l'œil gauche, jamais les deux à la fois. L'hémiopie se montre dans tous les accès; le scotome est moins constant.

Un quart d'heure environ après le début de l'hémicrâne, vomissements bilieux. La durée totale de l'accès est variable.

Ces phénomènes visuels durent de quelques secondes à une demi-heure ou une heure. Ils précèdent la douleur céphalique de quelques minutes à une heure et plus. Cette douleur siège le plus souvent à la région frontale, parfois à la tempe ou à la région pariétale; elle est surtout orbitaire ou péri-orbitaire. On l'a observée sur la région sourcilière, à l'occiput, dans l'oreille du côté de l'œil affecté; très rarement elle occupe un des côtés du nez ou la pommette. Le globe de l'œil est douloureux; il semble être poussé au dehors ou au contraire enfoncé; cette douleur tensive est analogue à

celle que produit le glaucome aigu (Dianoux). Dans une observation de Féré, la douleur s'étendait au cou. Ordinairement limitée, elle s'irradie quelquefois à toute la moitié correspondant à l'œil qui a été le siège des symptômes dont nous venons de parler. C'est une véritable hémicrânie. Elle gagne même, dans quelques cas, la moitié opposée, où elle est moins intense. La pression la soulage parfois (Latham); au plus fort de l'accès, se produisent des nausées, moins souvent des vomissements, qui terminent l'accès. La céphalalgie précède parfois les phénomènes oculaires.

La pupille a été trouvée contractée (Latham) ou dilatée (Galezowski), ou dilatée au début et contractée à la fin de l'accès (Eulenburg). Il y a parfois de la diplopie. Mauthner et Forster n'ont constaté ni l'hyperhémie ni l'anémie du disque optique. Dans une observation rapportée par Liveing, Mollendorf a vu le fond de l'œil rouge écarlate, le disque oedématié; l'artère et la veine étaient dilatées; cette dernière était tortueuse et plus foncée qu'à l'état normal.

L'acuité visuelle demeure intacte.

Ces accès de migraine ophthalmique peuvent succéder à des accès de migraine classique et les remplacer pendant un intervalle de temps plus ou moins long, après lequel cette dernière reparait. C'est ce qui a été parfaitement marqué dans l'observation suivante :

OBSÉRVATION IV (Baralt).

Migraine ophthalmique, variété hémipie passagère, s'étant présentée pendant un an seulement dans le cours d'une migraine vulgaire, qui a continué à suivre son cours périodique.

M. E..., étudiant en médecine, souffre de migraines fréquentes depuis l'âge de 12 ans; il a hérité de cette affection de sa mère, qui les a périodiquement trois jours avant l'époque des règles, accompagnées de gonflement de la face, œdème des paupières et larmoiement.

Deux ans après l'apparition de sa migraine, c'est à-dire à l'âge de 14 ans, M. E... s'est aperçu que sa migraine s'accompagnait d'un trouble visuel qu'il n'avait pas constaté jusqu'alors; ce trouble, qui se manifesta seulement pendant une année, deux ou trois fois par mois, avait lieu le matin entre six et sept heures, à l'heure précise où il étudiait ses leçons. Voici en quoi ce trouble consistait: le malade s'apercevait soudainement que sa vision s'était affaiblie et qu'il ne voyait plus distinctement ce qu'il lisait auparavant dans son livre; il lui était arrivé plusieurs fois de ne pouvoir lire qu'à moitié le mot qu'il fixait, quelquefois il pouvait voir même un mot tout entier, mais il lui était impossible de voir les mots immédiatement à côté et alors pour compléter un mot ou une phrase, il avait besoin de déplacer son point de fixation dans la direction des parties obscurcies ou de faire cheminer son livre jusqu'à trouver le mot qui manquait.

Ce trouble visuel a duré entre 14 et 15 ans et le malade l'attribue à la constipation dont il souffrait alors. S'il prenait un purgatif près de l'époque de sa migraine, il réussissait quelquefois à faire avorter l'attaque; il lui est arrivé aussi de voir apparaître l'attaque le lendemain de la purgation.

Les yeux de ce malade examinés une fois à l'ophthalmoscope par M. Desmarres en dehors de l'attaque, n'ont présenté rien de particulier.

Aujourd'hui le malade a 20 ans, et quoiqu'il ait continué à souffrir de la migraine vulgaire, le trouble visuel dont j'ai parlé a disparu complètement.

Impressionnable et nerveux, le malade n'a eu jusqu'à présent qu'un embarras gastrique léger. L'état de sa santé d'ailleurs aujourd'hui est satisfaisant.

Tel est le type vulgaire de la migraine ophthalmique. Ici, les troubles visuels ouvrent la scène, suivis de près par les phénomènes migraineux. Mais à côté de cette forme aux allures nettement dessinées, il en est d'autres aux traits moins saillants et sur la nature desquelles on a pu élever des doutes que nous aurons à examiner.

La forme *fruste* est, pour ainsi dire, une phase de la précédente. Les troubles visuels se montrent seuls, sous l'une des formes que nous avons mentionnées ci-dessus, ou sont remplacés par une névralgie oculaire; d'autres fois ce sont seulement les nausées et les vomissements qui manquent; enfin, mais plus rarement, c'est sous forme d'obnubilation passagère du champ visuel que se manifeste l'affection.

Le Dr Baralt présentait un cas type de migraine ophthalmique, avec scotome scintillant précédé d'*hémiope inférieure*. Les phénomènes visuels étaient précédés des prodromes habituels de la migraine vulgaire et suivis de céphalalgie hémicrânienne. Une seule fois l'hémiope inférieure s'est présentée sans scintillement.

Les accès de migraine ophthalmique alternaient chez lui avec des attaques de migraine vulgaire. Le Dr Robiolis rapporte le cas d'un migraineux qui présentait, outre la migraine classique, de l'hémiopie inférieure avec scintillements. Voici d'ailleurs comment se présentaient les troubles visuels chez ce malade.

OBSERVATION V. (Robiolis.)

M J.-M. de L... (professeur). J'ai eu seulement quatre accès. Chacun d'eux a été précédé de troubles visuels qui les ont précédés en général de un quart d'heure. Le premier date du 31 décembre 1880. Ces troubles se traduisent, les yeux ouverts, par l'impossibilité de voir une portion plus ou moins grande des objets regardés : par exemple, les passants n'ont plus de tête ou plus de jambes. L'un de mes accès m'a été révélé par ce fait que, regardant sans aucune souffrance un jardinier, qui travaillait sous mes fenêtres, je n'en vis plus la tête. Regardant l'écriteau bleu d'une rue, j'en vois encore les contours ; mais, tout en croyant en voir la surface éclairée, les lettres blanches sont complètement invisibles.

Les faits particuliers que je dois noter sont : la disparition de partie des objets est accompagné de bandes doubles ou triples de lignes en zigzag extrêmement déliées, à angles bien nets. Ces bandes se voient nettement en fermant les yeux.

Si je dirige alors le regard sur un objet fortement éclairé (papier blanc), j'y vois se former une tache plus sombre que le fond, colorée en gris un peu violacé. Cette tache a des bords qui correspondent très exactement au contour général de la ligne sinueuse brillante que je vois en fermant les yeux (toujours ses bords sont arrondis). Elle correspond exactement, je crois aussi à l'étendue pour laquelle je ne perçois plus les objets extérieurs.

Si, au lieu de regarder un papier blanc, je dirige le regard vers un papier noir, je vois cette même tache identique venir se projeter en brillant (jaunâtre) sur le fond noir. Si le fond, n'est pas très sombre, gris, cette tache cesse d'être visible toujours; toutefois, sans me permettre de voir l'écriture ou autres objets.

Dans notre observation II on voit la douleur se borner à la région sus-orbitaire et constituer, avec le scotome, l'attaque de migraine. A ces phénomènes s'ajoute un sommeil de quelques heures, dont nous aurons l'occasion de dire quelques mots.

D'autres fois, les divers phénomènes que nous avons notés au cas de migraine ophtalmique simple se rencontrent dans un même accès, mais ils sont séparés les uns des autres par un intervalle plus ou moins considérable. Ce sont les *migraines dissociées*, de M. Charcot. Ces phénomènes, ainsi dissociés, peuvent se retrouver ensuite réunis dans un accès, pour constituer une migraine ophtalmique simple. Féré en rapporte une observation intéressante chez une femme de 41 ans, qui, après avoir présenté séparément du scotome scintillant et de la céphalalgie, avait des accès où se retrouvaient les deux symptômes.

Mais la forme la plus intéressante est sans contredit la migraine *ophtalmique associée*, sur laquelle M. le professeur Charcot attire depuis longtemps l'attention. C'est une des formes précédentes auxquelles viennent s'adjoindre des troubles cérébraux sensitifs, moteurs, intellectuels.

Les troubles de la *sensibilité générale*, outre la cé-

phalalgie, qui fait partie intégrante du syndrome, et même, comme nous l'avons vu, précède l'apparition des troubles visuels, dont l'absence a été signalée plus haut à propos des formes frustes, consistent en des sensations d'engourdissement, de picotement, de fourmillements, de l'hyperesthésie, de l'anesthésie, phénomènes sur lesquels Liveing a surtout insisté. Limités le plus souvent à un membre ou à une extrémité d'un membre, ces troubles peuvent se généraliser à toute une moitié du corps, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION VI. (Robiolis.)

M. M..., 31 ans, fils d'un père goutteux, mort de congestion cérébrale, et d'une mère bien portante et qui vit encore.

Depuis six ans environ, M... souffre de migraine. Il éprouve un obscurcissement de la vue qui atteint le plus souvent les moitiés homonymes du champ visuel (le malade l'indique parfaitement). Dix minutes après, autour des parties obscurcies, il distingue comme des éclairs très lumineux qui le gênent « horriblement ». Leur durée est de cinq minutes ; aussitôt après, il éprouve des fourmillements, puis un engourdissement très marqué d'un doigt, d'une main, d'un bras, quelquefois d'une jambe ; d'autres fois, mais plus rarement, de tout un côté du corps ; une céphalalgie intense ayant son siège à la région frontale et temporale survient tout à coup, puis l'accès se termine par des nausées et des vomissements bilieux assez abondants.

Tissot rapporte l'histoire, connue de tous les médecins, d'un officier autrichien qui, après avoir présenté des accès de migraine vulgaire, était atteint de mi-

graine ophtalmique (troubles oculaires et céphalalgie) ; ce malade éprouvait, en même temps que les phénomènes visuels, une sensation de fourmillement, d'abord dans une jambe, puis dans le bras du même côté, plus tard dans la bouche et la langue (1). Piorry, après avoir décrit les troubles de la vue, ajoute :

« ... Il arrive qu'un des côtés de la langue ou de la face, que les membres inférieurs, et surtout les supérieurs, éprouvent un frémissement douloureux qui rappelle les oscillations de l'image dans l'œil, qui en a le caractère de vibration... Commencant par la pointe de la langue, une partie de la face, le bout des doigts ou des orteils, il remonte peu à peu vers l'axe cérébro-spinal, en disparaissant successivement vers les points où d'abord il s'était développé... Cette sensation bizarre ressemble assez bien à celle qu'on éprouve dans les crampes, ou au sentiment pénible que l'on ressent au bout des doigts lorsqu'on s'est heurté le nerf cubital ou coude (2). »

Liveing a vu dans ces phénomènes un rapport de plus entre la migraine et l'épilepsie. Il en a réuni neuf cas, consignés dans son travail. Le fourmillement partait des doigts et gagnait ensuite le bras, le cou et la face, quelquefois les joues, les lèvres et la langue. Dans quelques cas, il s'accompagnait d'hémiplégie. Chaurmier, qui en cite trois observations, fait remarquer

(1) Tissot. De la migraine. OEuvres complètes, t. XI, Paris 1813.

(2) Piorry. De la migraine. In procédé opératoire à suivre dans l'explor. des organes, Paris, 1831.

que ces phénomènes sensitifs diffèrent de l'aura épileptique, en ce qu'ils peuvent se montrer indistinctement à toutes les périodes de l'accès migraineux (1).

Ces divers troubles, qui se rencontrent assez fréquemment chez les malades atteints de migraine ophtalmique, peuvent changer de côté dans le cours du même accès, mais en restant plus marqués du côté primitivement affecté (Charcot, Féré), ou dans deux accès consécutifs, ainsi que M. Charcot l'a noté chez une femme dont Féré rapporte l'observation.

Les *troubles moteurs*, moins fréquents que les précédents, consistent en tremblements, convulsions, parésies, paralysies, notées surtout par Liveing, en Angleterre, Charcot, Galezowski et Féré, en France. Ces phénomènes moteurs peuvent atteindre seulement la face, un bras, et même occuper toute une moitié du corps : il y a parfois hémiplégie et hémianesthésie complètes disparaissant au moment de la cessation de l'accès. Féré rapporte un cas remarquable d'hémiplégie chez une malade de Charcot. Robiolis rapporte un cas de ptosis de la paupière supérieure gauche, survenu après un accès de migraine ophtalmique. Wilks avait signalé des faits semblables et, dernièrement, Saundby (1) en a publié une nouvelle observation ; chez sa malade, il y avait une paralysie presque complète du moteur oculaire commun du côté gauche, avec dilatation pupillaire.

(1) Chaumier. De la migraine. Th. Paris, 1878.

(2) Saundby. The Lancet, sept. 1882, et Rev. des sciences méd., t. XXIII.

Mais le trouble le plus intéressant, sur lequel M. le professeur Charcot attire depuis longtemps l'attention, c'est l'*aphasie* transitoire qui, dans quelques cas, accompagne l'accès de migraine ophthalmique. Elle coïncide souvent avec les troubles moteurs ou sensitifs dont nous venons de parler, et constitue un symptôme effrayant pour le malade. Elle peut être peu marquée ou complète et s'accompagner d'amnésie ou d'agraphie.

Livëing a réuni quinze observations d'aphasie. Dans l'une, l'aphasie s'est montrée pendant une attaque d'hystérie, et ne compte pas; les autres appartiennent à la migraine ophthalmique, sauf deux dans lesquelles les symptômes oculaires ne sont pas notés. Dans trois de ces observations, il n'y avait ni paralysie, ni fourmillements, ni engourdissements. Mais la première, qu'il emprunte à Van der Linden, ne doit pas être considérée comme une observation d'aphasie (la malade ne pouvait ni parler, ni boire, ni manger, au plus fort des douleurs); la seconde est celle de l'astronome Airy, qui, pendant un accès, fut pris d'amnésie avec aphasie. Dans douze cas, il y avait fourmillements, sept fois du côté droit, quatre fois des deux côtés, une fois (l'officier de Tissot) tantôt à droite, tantôt à gauche.

Le même auteur emprunte à Crichton l'observation d'un malade atteint d'agraphie; au lieu d'écrire : « Fifty dollars being one half-year's rate », il écrivait : « Fifty dollars, through the solvation of Bra. »

Legroux (1) cite deux observations de Charcot avec aphasie et fourmillements du côté droit. Chez le second malade, les fourmillements existent dans le bras gauche; mais le malade ne se rappelle pas s'il a de l'aphasie transitoire dans ces conditions. Bonnal (2) en a publié un cas avec fourmillements le plus souvent à droite, quelquefois à gauche, mais alors la langue, la face et l'œil droits sont atteints simultanément.

Galezowski (3) en a vu deux cas avec fourmillements au bras gauche; dans le second, il y avait aussi des picotements dans tout le corps.

M. le professeur Charcot en a observé de nombreux cas avec hémianesthésie droite, ou fourmillements des deux côtés du corps, surtout prononcés à droite.

Chez un de ses amis, Chaumier a noté de l'aphasie et de l'agraphie avec fourmillements des deux côtés.

Féré rapporte un cas d'aphasie et d'agraphie observé par Charcot chez un malade qui répétait à tout propos : « Monsieur, je suis aphasique ! » et qui ne parvenait à écrire que le mot *cerise* (4). Armangué dit avoir observé un cas absolument semblable; son malade disait : « No se hablar, je ne sais pas parler. »

Dans l'observation de Parinaud, l'aphasie transitoire existait en même temps que l'engourdissement avec parésie du bras droit.

Raullet donne plusieurs observations d'aphasie tran-

(1) Legroux. De l'aphasie. Th. d'agrégat., 1875.

(2) Bonnal. Revue mens. de méd. et de chir., avril 1878.

(3) Arch. gén. de méd., 1878.

(4) Féré. Loc. cit., obs. II.

sitoire, Robiolis cite l'observation suivante, qui est en même temps un type de migraine ophthalmique simple.

OBSERVATION VII (Robiolis).

D^r Rub..., 27 ans, souffre de migraine ophthalmique depuis huit à neuf ans, époque où il commença à préparer des examens. Il sent tout à coup un petit tremblement dans un œil, puis sa vue se trouble. S'il est à la rue, il ne distingue que la moitié du visage des personnes qui passent devant lui; s'il est surpris au moment de sa lecture, il ne voit plus que la moitié de la ligne. Dix à quinze minutes après, tout autour du scotome apparaissent des points noirs et des points brillants qui s'agitent en tout sens; puis c'est une douleur qui débute par l'orbite, gagne successivement les régions frontale, pariétale et occipitale. La céphalalgie dure chez lui de vingt-quatre à quarante-huit heures; ce laps de temps écoulé, des nausées et des vomissements bilieux terminent l'accès. Il s'agit là d'un accès ordinaire.

Quelquefois il éprouve des frissons, de l'horripilation, des fourmillements dans un bras, une moitié de la face et de la langue. Un jour, après un repas, il est tout à coup surpris par un accès des plus violents. Il fait des efforts pour parler et rassurer sa famille; il ne parvient pas à articuler un mot, ou, s'il y parvient, c'est un mot tout autre que celui qu'il veut prononcer. Sa famille, le croyant sous le coup d'une attaque d'apoplexie, envoie quérir le D^r Mis.... Cet état se prolonge pendant quatre heures et se termine par des nausées et des vomissements, avec rejet d'abondantes matières verdâtres.

Une particularité importante à noter, c'est qu'il est toujours averti de ses accès par un tremblement de la paupière; c'est toujours le côté opposé à l'œil atteint le premier qui est le siège des sensations que nous avons décrites.

Nous donnons ci-dessous l'observation d'un malade qui, aujourd'hui guéri, a présenté à plusieurs reprises de la cécité et de la surdité verbales, avec aphasie de transmission et agraphie transitoires. C'est le sujet de la leçon clinique de M. le professeur Charcot, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 mai 1884.

OBSERVATION VIII (Charcot).

Migraine ophthalmique. Aphasie transitoire.

C. F..., 30 ans, employé au chemin de fer d'Orléans.

Père ataxique ; mère nerveuse.

Le malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Ni goutte, ni asthme, ni hémorroïdes, ni affection cutanée. Marié, père de deux enfants.

De 14 à 15 ans, accès fréquents de migraine vulgaire. En 1874, aphasie subite (ce qu'il disait faisait rire ses camarades) ; la migraine survient trois-quarts d'heure environ après, et l'aphasie disparaît ; vomissements quelques minutes après.

Dans un autre accès, obnubilation du champ visuel du côté de l'œil droit, avec céphalalgie frontale correspondante, puis, dans champ visuel obscur, croissant lumineux, dentelé, composé de lignes brisées ; hémiopie. Plus tard est survenue, pendant accès, une sensation d'engourdissement avec froid dans la main et l'avant-bras droits, quelquefois des lèvres et de la joue du même côté, avec une espèce de vibration dans le nez.

Depuis 1874, l'aphasie transitoire s'est montrée dans trois accès seulement.

Voici comment le malade décrit un de ses accès :

Débût à six heures du soir, par de l'hémiopie latérale droite, telle que tous les objets lui paraissent coupés en deux ; puis survient le scotome à bords dentelés brillants sur fond noir,

qui va s'agrandissant et disparaît. Point de nausées ni de céphalalgie pendant cette période, qui dure environ une heure. Si le malade ferme les yeux, il voit quand même un cercle orangé.

La deuxième période s'annonce par une douleur de tête siégeant au-dessus du sourcil gauche, dans la moitié externe (une seule fois à droite). C'est alors qu'apparaît l'aphasie. Cette aphasie s'accompagne d'agraphie. L'intelligence est conservée ; les idées ont leur netteté habituelle, affirme le malade ; quand on lui parle, il entend, mais ne comprend pas bien la signification des mots. Il y a de la surdité verbale ; en même temps, bien qu'il n'y ait paralysie d'aucun muscle moteur, le malade ne peut articuler les mots qu'il veut prononcer : il semble en avoir perdu le souvenir. S'il prend un livre, la vision s'exerce normalement ; mais le malade ne peut rattacher les mots à une idée (cécité verbale). Prend-il une plume, il ne parvient à tracer que des caractères informes (agraphie).

Il y a donc à la fois surdité et cécité verbales, aphasie de transmission, agraphie.

Cette période dure également une heure environ.

Au début de la troisième période, l'aphasie cesse et à sa place se produit l'engourdissement du membre supérieur droit. C'est d'abord une sorte de picotement ou de frémissement débutant par le bout des doigts, qui sont tous atteints ; après cinq ou dix minutes, le bras est envahi à son tour, ainsi que la partie inférieure et droite de la face ; sensation de froid au niveau de la moitié droite des lèvres et du menton, ainsi qu'à la langue. A ce moment, l'hémieranie devient vive, pulsatile ; battements au-dessus du sourcil droit. L'accès se termine par des nausées, suivies ou non de vomissements, ou par le sommeil. Le lendemain, au réveil, le malade éprouve une légère douleur de tête, ou se trouve « tout à fait bien ».

Le 16 février 1884. M. Charcot institue le traitement par

le bromure de potassium, à doses progressivement croissantes, puis décroissantes.

Le 27 mars. Nouvel accès, sans scotome au début. Nausées; engourdissement dans le côté droit de la face, la langue et la gorge, puis de la main et du bras droits. Le tout dure une demi-heure; puis est survenu un bourdonnement dans les oreilles; une heure environ après le début, douleur à la tempe gauche; puis étourdissements. Au bout d'une heure un quart environ, apparition du cercle lumineux, qui dure seulement cinq minutes, et est suivi d'aphasie qui persiste environ demi-heure. Le malade se couche sans manger, dort d'un sommeil un peu agité, et n'a, le lendemain, qu'un peu de lourdeur de tête, et d'endolorissement de l'œil gauche.

Depuis le mois de novembre 1884, C... n'a plus eu d'accès de migraine ophthalmique. Le traitement a été supprimé en février 1885.

Le 11 août 1885, le malade se sent un peu énérvé, et vient à la consultation externe de la Salpêtrière. Après l'administration de quelques douches, l'énervement disparaît.

Nous voyons le malade en janvier et février derniers. Son état général est excellent; l'état intellectuel parfait; la guérison ne s'est pas démentie.

L'examen ophtalmoscopique fait voir qu'il n'existe pas de lésion persistante de l'œil.

Voici une autre observation prise dans les cahiers de la clinique externe de la Salpêtrière :

OBSERVATION IX (INÉDITE).

Migraine ophthalmique. Aphasie transitoire.

Mme Br..., couturière, 30 ans.

Antécédents héréditaires. Père mort de phthisie diabétique. Frère aîné du père, âgé de 72 ans, est graveleux et goutteux;

le deuxième frère est *diabétique*; la sœur est *graveleuse*, a eu des *coliques hépatiques*; elle a eu des *accès d'angine de poitrine*. La grand'mère paternelle est morte, probablement, de ramollissement cérébral. Pas d'épileptiques du côté paternel, mais un cousin germain et une tante paralysés.

Mère asthmatique; a eu un *eczéma* généralisé, qui a duré trois mois; est atteinte de *migraine ophthalmique* avec scotome lumineux, parésies transitoires du bras gauche (sans aphasie). Le grand-père maternel était *asthmatique*.

Histoire de la malade. — A eu la chorée, pas de rhumatisme. Dit avoir de temps à autre des coliques hépatiques (?) Mariée à 20 ans; a quatre enfants. Les premiers accès de migraine ophthalmique ont débuté il y a environ dix ans. La malade voit d'abord « des bleuettes », qu'elle compare à un cercle lumineux agité de mouvements vibratoires ou à des étincelles de feu colorées en bleu, rouge, jaune. Ce cercle est dentelé sur les bords. Il apparaît tantôt à droite, tantôt à gauche.

Presque aussitôt éclatent des douleurs de tête du côté où s'est montré le cercle lumineux; ces douleurs, surtout intenses au-dessus de l'œil et dans la tempe, s'étendent jusqu'au sommet de la tête.

Survient ensuite l'engourdissement avec parésie du bras du même côté, puis l'engourdissement de la langue. Aphasie vraie, qui, au dire de la malade, existerait aussi bien lorsqu'il y a parésie du bras gauche qu'avec la parésie du bras droit.

Puis survient de l'hémiopie.

Pas de vomissements.

Ces accès viennent irrégulièrement, tantôt une seule fois, tantôt cinq ou six fois par mois. Ils débute ordinairement à 8 heures du soir.

Nous ferons remarquer que l'aphasie coïncide presque toujours avec de troubles sensitifs ou moteurs du côté droit.

Nous en aurons fini avec les troubles associés de la migraine ophthalmique lorsque nous aurons cité le vertige, étudié surtout par Liveing, qui l'a rencontré fréquemment et qui serait d'autant plus prononcé que les troubles visuels sont plus intenses et de plus longue durée (Galezowski), les convulsions épileptiformes pouvant atteindre la face, un membre ou tout un côté du corps; enfin les troubles de l'idéation consistant en perte de mémoire ou en incohérence, le sommeil comateux (*Drowsiness*, de Liveing). Quant à l'épilepsie, à l'hystérie et aux autres maladies nerveuses, nous en étudierons les rapports avec la migraine ophthalmique aux chapitres consacrés à l'étiologie et au pronostic.

Les troubles visuels de la migraine ophthalmique sont quelquefois accompagnés de symptômes auditifs, olfactifs et gustatifs, ce qui a donné à Nicati et Robiolis l'idée de décrire trois nouvelles variétés de migraine sensorielle. Voyons ce que sont ces phénomènes sensoriels, et s'il y a lieu d'adopter ces dénominations.

Les phénomènes auditifs existent souvent au début et pendant le cours d'un accès de migraine; nous les avons vus constituer un accessoire des prodromes et même les prodromes de l'accès de migraine classique; nous verrons, dans le prochain chapitre, qu'une excitation portée sur l'un des organes de la sensibilité spéciale peut être le point de départ, la cause déterminante d'un accès. Airy avait déjà signalé les bourdonnements d'oreille, la résonnance des bruits extérieurs; Tissot cite le fait d'un migraineux qui avait une telle hyperacousie que le bruit d'une montre lui était

insupportable; il n'est pas jusqu'à l'idée d'un bruit qui ne tourmente la sensibilité du migraineux. Ainsi Piorry cite le cas d'un malade qui croyait entendre un tintement de cloche, un bourdonnement de ruche. Chaumier a vu un malade chez lequel un bruit un peu intense amenait une douleur dans les oreilles. Tamin (1) a, lui aussi, insisté sur les faits de ce genre. Il cite le cas d'une migraineuse qui croyait « entendre un bourdonnement, une vibration fort analogue au tintement d'une cloche, et d'autres fois comparable au bourdonnement des abeilles autour d'une ruche. D'abord cette sensation est imperceptible, mais bientôt elle devient plus évidente, et les oscillations semblent s'étendre, se propager à toute la tête, devenir plus larges, mais moins distinctes et plus confuses; le plus souvent, quelques minutes après, survient une céphalalgie très vive suivie de vomissements, et qui dure de vingt-quatre à trente-six heures ». Cette hyperacousie a été, depuis, signalée par beaucoup d'auteurs et nous la trouvons au nombre des migraines sensorielles directes de Fajole. Dans le cas ci-dessus, les symptômes auditifs ne sont pas sans analogie avec ce qui se passe dans la sphère visuelle. MM. Nicati et Robiolis ont vu ces phénomènes exister seuls. Voici, du reste, une observation qui constitue la base de leur migraine auditive :

(1) Tamin. Th. Paris, 1868, n° 119.

OBSERVATION X (Nicati et Robiolis).

M. de G.... a été atteint d'ophtalmie en 1860. La vue a diminué depuis, et surtout depuis le printemps dernier. Il est en outre astigmat. Depuis trois semaines, il se plaint de céphalalgie pariétale et surtout occipitale, et depuis huit jours de bruissements dans les oreilles, comme quand elles renferment de l'eau à la sortie d'un bain. Ces bruissements accompagnent la douleur de tête. Une première fois elles ont duré deux jours, avec nausées sans vomissements. Il y a eu ensuite un intervalle de deux jours où la céphalalgie était presque nulle ; puis les mêmes phénomènes ont reparu. On n'a jamais constaté ni aphasie ni engourdissement ; il n'y a pas eu non plus de surdité, même pendant le bruissement. Celui-ci cesse dans le moment présent pour recommencer quand le malade recommence à parler. M. de G.... souffrait depuis longtemps de céphalalgie se répétant jusqu'à deux fois par semaine, mais siégeant toujours dans les régions frontale ou fronto-bregmatique.

L'examen ophtalmoscopique n'a donné aucun résultat.

Nous avons noté également cette sensibilité particulière des migraineux à l'endroit du goût et de l'odorat, et nous la retrouverons au prochain chapitre. Liveing note un goût métallique lorsque le fourmillement atteint la langue. Nous connaissons un migraineux qui, fumeur avéré, ne peut, pendant ses accès, supporter l'odeur du tabac. MM. Nicati et Robiolis ont observé un cas de migraine ophtalmique très intéressant à cet égard. Les phénomènes migraineux, d'abord intenses, deviennent légers ; il s'y joint un phénomène particulier : « Dans une de ces circonstances on a noté

un phénomène objectif particulier: c'est comme une odeur d'*acide osmique*, et d'autres fois un phénomène gustatif non moins caractéristique, une impression sur la langue et la muqueuse buccale semblable à celle que produit le passage d'un courant électrique continu ». Tamin avait cité le cas d'un migraineux qui éprouvait, dans la profondeur du nez, une sorte de fourmillement, d'oscillation, de vibration désagréable, après quoi survenait l'accès de migraine classique. Un malade de M. Charcot accuse cette sensation de vibration dans le nez.

Cela démontre, comme le disent Nicati et Robiolis, que la migraine peut affecter tous les organes des sens, mais nous pensons qu'on n'y trouve pas une raison suffisante pour créer des migraines olfactive, gustative et auditive. Il y a loin entre la rareté de ces cas et la fréquence relative de la migraine ophthalmique, fréquence niée par Féré, reconnue par Galezowski (ce dernier en a observé 76 cas en deux ans), et que nous signalait tout récemment M. le Professeur Charcot. De plus, celle-ci, lorsqu'elle est fruste et se borne à une obnubilation passagère de la vue, avec céphalalgie, peut passer inaperçue; le scotome lui-même peut être pris pour un simple trouble visuel, tous les malades n'en connaissant pas la forme classique, ne s'en inquiétant pas et par suite n'en révélant pas l'existence au médecin. Mais l'importance de ces troubles oculaires, leur physionomie particulière, leur coïncidence fréquente avec l'hémicrânie, l'allure de la migraine ophthalmique simple légitiment, nécessitent même la séparation de ce syn-

drome et l'acceptation de son autonomie. Quoi qu'en dise Armangué, les troubles que nous avons passés en revue se rencontrent bien rarement dans la migraine vulgaire et quelques-uns des cas qu'il oppose à cette autonomie appartiennent manifestement à la migraine ophthalmique, et si, comme le fait remarquer Dreyfus-Brissac, l'élément migraineux est difficile à saisir dans quelques observations de Féré, s'il est des crises céphaliques migraniformes s'accompagnant de troubles moteurs et sensitifs « sans que l'appareil de la vision soit touché », il n'en reste pas moins établi que cette autonomie est basée sur des faits nombreux et concluants. Quant à l'existence, chez un même malade ou chez les membres différents d'une même famille, de la migraine vulgaire et de la migraine ophthalmique, à leur succession, elles légitiment, plus que toute autre raison, l'appellation qui lui a été donnée.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

ÉTIOLOGIE DE L'ACCÈS

Les causes occasionnelles des accès sont excessivement variables. « L'atteinte portée à l'ensemble du système nerveux est trop superficielle pour ne pas laisser place aux aptitudes individuelles et pour ne pas subir l'action des influences les plus variables. » (Lasègue.)

Chez le plus grand nombre des migraineux, l'accès est produit par des troubles divers de la digestion. Coelus Aurelianus, Alexandre de Tralles, Haller, Willis, Tissot, de Fajole, Pelletan, etc., ont noté cette particularité. Ils en ont même été frappés à tel point que les uns n'ont voulu voir dans la migraine que le résultat de troubles de l'estomac, tandis que les autres plaçaient en première ligne, parmi les variétés de migraine qu'ils adoptaient, la migraine stomacale.

Mais un fait bien reconnu, c'est que les lésions graves de l'estomac et de l'intestin s'accompagnent rarement de migraine. Lasègue, qui accordait à l'estomac un rôle prépondérant dans l'étiologie de la migraine, écrivait :

« Les affections profondes, substantielles de l'estomac, ne doivent pas figurer parmi les antécédents de la maladie. La chose est assez avérée pour qu'on voie une lésion organique de l'estomac survenant chez un migraineux le dispenser de crises, bien qu'il en eût souffert obstinément tant que le mal se réduisait à de simples désordres nerveux...

« Il existe à côté, ou plutôt au-dessous de la grande pathologie de l'estomac (cancer, ulcère, dilatation), une petite pathologie expulsée des traités classiques, mais qui occupe une place importante dans la pratique médicale. C'est à ces troubles multiples, mal classés, bien observés par quelques-uns, médiocrement décrits par tous, qu'il faut s'adresser, si on veut avoir une notion exacte de la solidarité du mal d'estomac et du mal de tête migraineux. »

Ce sont surtout, en effet, les troubles nerveux de l'appareil digestif qu'il faut accuser, et ici nous trouvons, comme pour la symptomatologie, une idiosyncrasie particulière chez chaque sujet. Haller raconte que les dérangements d'estomac qu'il éprouvait dans sa jeunesse étaient accompagnés de migraines violentes; comme le vin lui paraissait être la cause de ces dérangements, il s'en abstint et vit disparaître la migraine.

L'ingestion de certains aliments ou de certaines boissons produit toujours la migraine chez certains sujets. Soula (1) cite le fait suivant, que nous reproduisons à cause de l'intérêt qu'il présente :

(1) Soula. Loc. cit.

« Élève de philosophie au lycée Louis-le-Grand, brillant sujet, Lasègue fut un des premiers désigné pour affronter les luttes difficiles du concours général. Le jour du tournoi venu, pensant que l'intervalle compris entre son déjeuner du matin et le repas suivant serait sans doute trop long pour son estomac de 18 ans, il se munit d'une bille de chocolat, qui fut croquée si-tôt que l'on eût dicté le sujet de la composition. A peine avait-il procédé à cette collation, pourtant légère, qu'il ressentit un vif malaise, dont l'intensité s'accrut bien vite et atteignit un point tel qu'il fut obligé, malgré des regrets cuisants, d'abandonner la partie. C'était un accès de migraine qui ne tarda pas à éclater. A dater du jour où s'était passée cette aventure si malencontreuse pour lui, Lasègue ne put jamais manger un bout de chocolat sans être, après quelques minutes, sous le coup d'une crise migraineuse très violente. Son esprit d'observation lui fit pourtant oublier la douleur occasionnée par des essais volontaires, et son expérience personnelle lui permit de constater ce qui suit : cinq ou six ans après son accident, l'accès n'arrivait qu'une demi-heure environ après l'ingestion du malheureux aliment. Dix ans après, c'était une heure qui s'écoulait avant l'apparition des phénomènes morbides, et ainsi de suite, le moment de la crise allant en s'éloignant davantage pour finir par disparaître complètement un jour. »

Chez d'autres, ce sont les féculents, le lait (Arman-gué), dont l'ingestion provoque l'accès. Les boissons alcooliques, surtout les boissons fermentées, exercent

à ce point de vue une action spéciale. M. le professeur G. Sée place au premier rang la bière, surtout la bière anglaise. Un de nos amis éprouve des accès de migraine toutes les fois qu'il prend un verre de *pale-alè*; l'ingestion d'un verre de vin blanc produit souvent chez lui le même résultat. Cl. Bernard avait un accès de migraine toutes les fois qu'il avalait quelques gouttes d'une boisson acidulée. C'est d'autres fois la privation d'une boisson habituelle qui amène ce fâcheux résultat. Ainsi la privation du café après le repas du matin (Soula) ou du thé après le repas du soir, comme chez une dame de nos clientes.

La constipation est une cause assez fréquente des accès de migraine; il en est de même de l'oubli d'aller à la garde-robe. C'est la raison qui fait admettre à Allory une *migraine rectale*. Voici le fait qu'il cite à l'appui de son opinion :

OBSERVATION XI (Allory) (1).

Un de mes amis ne peut oublier d'aller à la garde-robe, sans être inévitablement, le lendemain au réveil, pris d'une migraine bien caractérisée, avec troubles de la vue et vomissements. Les troubles de la vue commencent au moment où, après avoir été frappé par une lumière vive, en se mettant à la fenêtre, par exemple, il reporte les yeux dans la chambre, naturellement plus obscure que l'extérieur; il voit alors les objets à travers un nuage, et s'il cherche à lire, il manque plusieurs lettres à chaque mot; puis, au bout d'un temps peu considérable, le malaise survient, se prononce de plus en

(1) Thèse de Paris, 1859.

plus, les douleurs se déclarent d'un côté de la tête, et l'accès, qui dure ordinairement toute la journée, se termine le plus souvent par des nausées et des vomissements. L'expérience lui a appris qu'il peut faire avorter l'accès, si, dès le premier instant où la vue commence à se troubler, il parvient à dormir un peu, ce qu'il essaye de faire en prenant quelques gouttes de laudanum. Quand il se réveille, il n'a plus rien à craindre pour le reste de la journée; mais, s'il la passe encore sans aller à la selle, il n'aura rien perdu pour attendre, et l'accès se reproduira fatalement le lendemain à son réveil. »

Voici une observation qui prouve bien ces idiosyncrasies particulières de l'appareil digestif de certains sujets au point de vue de la production des accès :

OBSERVATION XII (De Fajole).

« Sujet migraineux depuis l'âge de 12 ans, M. N..., peut se donner la migraine à volonté. Il lui suffit de boire en se couchant, et dans le plus parfait état de santé, un ou deux verres d'eau claire, un ou deux verres de bière, ou bien de manger sans sel. Il peut pronostiquer sans faute l'arrivée de la migraine pour le lendemain matin. D'ailleurs, au début de l'accès, et si le réveil a lieu de bonne heure, quelques excitants gastriques, tels que le café, le sel, l'eau de menthe, parviennent souvent à faire avorter l'accès, ou du moins à en diminuer l'intensité. Dans ce cas, le sujet est averti de cet heureux résultat par une douce sensation de chaleur qui semble naître dans l'estomac et se répandre de là dans l'abdomen. »

Les changements dans l'heure des repas, les dîners en ville agissent de même.

A côté des troubles digestifs, il faut placer les troubles nerveux divers.

Les *émotions morales*, qu'on accuse de produire la migraine, agissent assez fréquemment comme causes provocatrices d'un accès; la crainte, la joie, les contrariétés, les chagrins, la peur, amènent des accès, surtout chez les enfants et les jeunes filles.

Les fatigues, et en particulier les excès de travail intellectuel, les veilles prolongées, la privation de sommeil, le réveil brusque à une heure trop matinale provoquent parfois l'accès. Il en est de même des influences extérieures (promenades au grand air ou au soleil, ou contre le vent; brouillards, temps d'orage, air confiné). Le climat a été aussi accusé :

« La mère d'un de mes camarades, dit Chaumier, a la migraine bien plus souvent à Versailles qu'à Nice, et bien plus fréquemment à Sedan qu'à Versailles. »

Nous connaissons un migraineux qui souffre de son affection plus souvent en France qu'en Algérie.

M. le professeur Bouchard cite le fait d'un migraineux qui, tous les dimanches, avait une épistaxis au moment où il sortait de Paris et qui éprouvait un accès de migraine au moment où il rentrait de la campagne; et celui d'un autre malade qui ne pouvait pas franchir les fortifications de la capitale sans être pris d'un accès d'éternuements. A sa rentrée, le soir, il éternuait dès qu'il arrivait au bureau de l'octroi; après quoi il avait un accès de migraine. Dans ces deux derniers cas, il est probable que le système nerveux était émotionnellement frappé.

On a noté aussi les changements de temps (Tamin).

La migraine apparaît très souvent à l'époque mens-

truelle, et de Fajole admet, avec Van der Linden (1), une migraine utérine. Le peu d'abondance, l'irrégularité des règles paraissent être une condition propice de la production des accès. Il n'est pas rare, cependant, de voir les migraines coïncider avec des règles très abondantes, mais douloureuses. Cette cause a parfaitement été notée par Fordyce, Calmeil, Lebert, Tissot, Liveing, etc. L'accès précède d'un jour ou deux la période menstruelle, ou bien il éclate lorsque celle-ci débute; enfin, il peut ne se produire qu'au moment de la disparition des règles. Chez quelques femmes, les accès ont lieu au moment des règles et quinze jours après. Dans quelques cas, fort rares, on a vu la migraine ne faire son apparition que lors de la ménopause; les accès seraient plus douloureux et plus longs à ce moment (1).

Deux explications peuvent être données de ces faits : l'époque mensuelle exerce une influence considérable sur le système nerveux de la femme; d'un autre côté, les désordres de la menstruation se rencontrent souvent chez les femmes arthritiques (2).

La *fatigue oculaire*, seule ou accompagnée de fatigue cérébrale, est une cause occasionnelle très efficace chez certains sujets, surtout chez ceux qui éprouvent

(1) Van der Linden. *De hemicrania menstrua*. Leiden, 1760.

(2) Peujade. Th. Paris, 1850.

(3) Mlle Guénot. *Physiologie de la menstruation, dans ses rapports avec l'arthritisme et la scrofule*. Thèse de Paris, 1881.

des accès de migraine ophthalmique ; mais elle n'agit jamais autrement que comme cause déterminante. « Le professeur Germain Sée nous a raconté qu'il eut sa première crise de migraine à 22 ans, pendant qu'il était interne des hôpitaux, pour avoir joué au whist pendant vingt-quatre heures presque consécutives. Lui seul eut la migraine, alors que ses camarades et partenaires, soumis aux mêmes circonstances, demeurèrent indemnes. Depuis ce premier accès, notre savant professeur eut la migraine toutes les fois qu'il s'était soumis à une fatigue oculaire un peu vive, lorsqu'il avait mal dormi ou n'avait pas goûté un sommeil assez prolongé. » (Soula.)

Piorry cite l'observation suivante, au sujet de la migraine irisalgique qu'il a décrite : « Un médecin éprouvait fréquemment cette affection en faisant à deux heures une leçon de médecine. Il avait l'habitude de déjeuner à une heure, de lire les notes écrites dans un caractère très fin en se rendant à l'amphithéâtre. Il cesse de faire cette lecture pendant huit jours, il n'a pas la migraine ; le neuvième, il relit ses notes, l'hémicrânie reparaît. Il est un mois sans se livrer à cette étude, et pendant un mois il n'a pas cette affection, qui revient le jour où il recommence comme par le passé. Depuis, il en a fait une multitude de fois l'expérience, et il lui suffit de lire quelques lignes au moment de la digestion stomacale pour déterminer la névrose qui fait le sujet de ce mémoire. »

Le même auteur cite une autre observation dans laquelle une fatigue oculaire produite par l'usage de

verres de lunette trop forts suffisait pour produire un accès.

Le fait de regarder longtemps dans un microscope a la même action.

C'est surtout chez les sujets atteints de migraine ophthalmique que la fatigue oculaire exerce cette influence.

Les vices de la réfraction et de l'accommodation, considérés par les uns comme capables à eux seuls de produire la migraine, par les autres comme causes de fausses migraines ophthalmiques (Armangué), doivent entrer en ligne de compte dans l'étiologie des accès. Brailey (1) accuse l'astigmatisme (1878), et tout dernièrement encore, Martin et Javal (2) ont insisté sur la fréquence de l'astigmatisme fonctionnel ou cornéen chez les migraineux vulgaires. Martin a observé cet astigmatisme chez lui-même et chez 93 migraineux. Les migraines seraient, d'après lui, d'autant plus violentes, que l'astigmatisme est plus prononcé. Javal a vu la migraine se produire du côté de l'œil le moins astigmaté, lorsque l'autre œil l'est à un degré tel qu'il est à peu près détruit pour la vision. Dans ce cas, la fatigue oculaire est la cause évidente des accès.

Hewitson (3) a noté les mêmes rapports entre l'astigmatisme et la migraine. Il affirme avoir guéri plusieurs migraineux en corrigeant leur astigmatisme.

(1) Guy's Hospital Report., 1878.

(2) Société franç. d'ophthalmol., 1883 et Semaine médicale, 14 févr. 1884.

(3) Société médico-chirurg. de Leeds, décembre 1884.

La *myopie* intense serait aussi une cause de migraine, par suite de la fatigue du droit interne qu'elle entraîne. Telle est l'observation rapportée par Carter (1). Il en serait de même de l'emmétropie et de l'hypermétropie légère (Boggs) (2).

Dans la plupart des cas, ces divers troubles de la réfraction et de l'accommodation seraient la cause de maux de tête, avec insomnie et vertiges (fausses migraines); mais chez beaucoup de migraineux les accès deviendraient plus intenses et plus fréquents sous l'influence de cette cause (Weir-Mitchell) (3).

L'*ouïe* et l'*odorat* peuvent être le point de départ de l'accès. Tamin rapporte l'observation d'une dame chez laquelle la musique, l'attention fixée sur les sensations de l'ouïe ramenaient les crises de migraine. Un bruit monotone ou discordant ou inaccoutumé et désagréable; l'odeur de certaines plantes (rose, anis, lys), de certains produits (éther, essence de térébenthine), peuvent provoquer l'apparition d'une crise. « Ma mère, dit Chaumier, a eu plusieurs migraines causées par l'odeur du musc » (4).

« Un honorable académicien, l'un des plus brillants écrivains que possède la littérature médicale, médecin des hôpitaux, ne peut pas assister à une autopsie sans être pris de vomissement et de migraine; les mêmes

(1) The Lancet, 1879.

(2) Recueil d'ophthalm., octob. 1883.

(3) Headaches from Eye Strain (American Journal, 1876, p. 363).

(4) Chaumier. Th. Paris, 1878.

phénomènes apparaissent chez lui, si l'on a négligé de ventiler très abondamment, avant la visite, les salles de son service. Les efforts les plus constants, tentés avec la plus grande persévérance pendant plusieurs années, n'ont pu détruire cette fâcheuse prédisposition. » (Labarraque) (1).

On a encore incriminé la suppression d'un flux hémorroïdaire, les efforts, les mouvements communiqués au corps par une voiture mal suspendue, ou par un bateau, le séjour trop prolongé au lit (Montaigne attribue sa migraine à cette cause), la continence (Chaumier, Poincaré) (2); la difficulté de la miction (Guyon) (3).

Toutes ces causes agissent seulement lorsqu'on n'a pas eu d'accès depuis quelque temps; au début de l'affection et chez les enfants, l'accès apparaît sans cause appréciable. Quelquefois, la migraine éclate chez les jeunes sujets le lendemain du jour où ils se sont livrés à une fatigue inusitée. Ainsi quelques collégiens ont la migraine le lundi ou le vendredi. (Chaumier).

Enfin, plusieurs des causes citées plus haut peuvent agir chez le même individu, comme dans le cas suivant que nous empruntons à de Fajole.

Il s'agit d'un sujet migraineux depuis l'âge de 12 ans. « Les accès sont devenus plus fréquents et se renouvellent toutes les semaines, ou du moins tous les

(1) Th. Paris, 1837.

(2) Poincaré. Le système nerveux périphérique. Paris, 1876, p. 539.

(3) Revue de médecine, 1878.

quatorze jours, et sont alors provoqués par quelque'une des causes suivantes : les boissons froides, les violents exercices du corps après un grand repas, les mets acides, de coction difficile, les viandes consommées au dîner, les vifs mouvements de l'âme, la colère et les autres passions, les ennuis inséparables de son office, une nourriture un peu plus abondante, le changement fréquent de ses boissons ordinaires » (1).

Citons enfin la *grosse*, signalée comme cause de migraine ophthalmique par Galezowski et Métaxas (2).

ÉTIOLOGIE DE L'AFFECTION

Nous avons, à plusieurs reprises, insisté sur le rôle prépondérant que beaucoup d'auteurs attribuent à l'estomac dans la pathogénie de la migraine. Nous venons de voir le rôle que jouent les troubles de ce viscère comme cause occasionnelle des accès.

Devons-nous aller plus loin et, à l'exemple de Tissot, de Lasèque et de tant d'autres, admettre que la migraine est toujours symptomatique d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel des voies digestives ? Assurément, on rencontre souvent la dyspepsie gastrique ou gastro-intestinale chez les migraineux, et il n'est pas étonnant que beaucoup de médecins voient dans la migraine une manifestation de la dyspepsie. Mais la coïncidence implique-t-elle forcément une relation de

(1) De Fajole. Loc. cit.

(2) Rec. d'ophth., 1883, p. 652.

cause à effet? Nous répondons hardiment : *non*. Et d'abord ce que nous avons déjà dit nous autorise à retrancher de l'étiologie les lésions graves de l'estomac. Restent la dyspepsie et la dilatation. Nous déclarerons d'abord, au sujet de la première, que nous voyons chez elle la manifestation d'un état général (1) qui tient sous sa dépendance et les troubles gastriques et la migraine. Combien de dyspeptiques ne sont-ils pas indemnes de la douleur hémicrânienne? Combien de migraineux n'ont pas de dyspepsie en dehors des accès! Le mauvais état des voies digestives ne se traduit pas toujours par des vomissements, des nausées et de la douleur. Qu'un accès de migraine éclate, les nausées et les vomissements surviennent. Ne sont-ils pas alors symptomatiques de la migraine plutôt que de l'état anormal de l'estomac? et l'estomac n'est-il pas, dans ce cas, le siège d'une des manifestations de la migraine plutôt que le point de départ de l'accès?

Cliffort Albutt (2), qui avec une partie de l'Ecole anglaise, adopte l'opinion d'Alexandre de Tralles et de Tissot, s'appuie sur les arguments suivants : 1° le vomissement de la migraine diffère du vomissement cérébral en ce qu'il est précédé de nausées prolongées, qu'il est suivi d'un répit d'une certaine durée et qu'il se compose en grande partie de bile; 2° le foie est sensible à la pression, le malade a la teinte subicté-

(1) Voyez Damaschino. *Mal. des voies digest.*, 2^e tirage, p. 656 et 657.

(2) *The Practitioner*, 1873 et *Revue des Sc. médic.*, t. I. p. 685.

rique pendant l'accès, les matières fécales sont ou décolorées ou très bilieuses (1) ; 3° il y a des désordres de l'estomac ; 4° parfois un écart de régime est la cause déterminante d'un accès ; 5° le traitement est plus efficace s'il s'adresse à l'estomac.

De son côté, *William Dale* (2) déclare s'être guéri de la migraine par une diète sévère.

Evidemment ces raisons sont spécieuses. Mais, outre qu'elles ne détruisent pas les arguments contraires, donnés plus haut, nous ferons remarquer que les troubles hépatiques ci-dessus mentionnés s'observent rarement ; que les écarts de régime provoquent la migraine chez les *migraineux* ; que, enfin, comme *Anstie* (3) le fait remarquer, *Albutt* observait surtout chez des migraineux d'âge mûr, et l'on sait que les enfants, même migraineux, sont rarement dyspeptiques ; que la dyspepsie apparaît souvent lorsque la migraine a disparu ou tend à disparaître ; qu'enfin, beaucoup d'auteurs, et parmi eux : *Willis* (4), *R. Whyt* (5), *Dwight* (6), *Liveing* (7), citent des cas de migraines remplaçant la gastralgie ou inversement.

(1) *Niemeyer* (Journal des Conn. méd. chir., 1856) avait déjà émis cette opinion.

(2) *The Practitioner*, 1873.

(3) *The Practitioner*, 1873.

(4) *De anima Brutorum*, ch. XV. *De colica*, p. 550 ; *de morb. vent.*, p. 355.

(5) *On nervous Disorders*, p. 302, 1765. *Work's*, p. 619.

(6) *Americ. Med. Rep.*, t. II, p. 16, 1800.

(7) *Liveing*. Loc. cit.

Dans une de ses leçons, M. le professeur Guyon (1) cite l'observation très intéressante d'un malade affecté de migraine et de rétrécissement du canal de l'urèthre, chez lequel la dilatation du second fit disparaître la première. Le rétrécissement s'étant reproduit, la migraine reparut. L'uréthromie eut raison de l'un et de l'autre. M. Guyon, qui a surtout insisté sur les troubles digestifs qui surviennent fréquemment chez les urinaires, et pour qui la migraine est une manifestation et même une forme de la dyspepsie, s'étonne cependant que la migraine soit si rare chez ce groupe de malades.

M. le professeur G. Sée s'élève contre l'opinion de ceux qui considèrent la dyspepsie comme une cause habituelle de la migraine, de telle sorte qu'ils traitent toutes les migraines comme étant d'origine gastrique. « C'est là, dit-il, une erreur aussi enracinée dans les doctrines médicales que le *vertige a stomacho luso*. » Il fait judicieusement observer que la migraine résiste très souvent aux traitements anti-dyspeptiques (2).

Nous terminerons ce paragraphe par la citation suivante de Chaumier : « Depuis l'âge de 7 à 8 ans, j'ai la migraine plus ou moins fréquemment. Jusqu'à l'âge de 17 à 18 ans, mes migraines étaient très fortes; je vomissais presque à chaque accès; mais en dehors de l'accès je n'avais aucun trouble digestif; et si l'accès était léger, je pouvais manger et digérer parfaitement. A 17 ans je fus, pendant une année, très dys-

(1) Rev. mens. de méd. et de chir., 1878.

(2) G. Sée. Des dyspepsies.

peptique; j'avais d'assez pénibles digestions, des acidités, de la constipation très opiniâtre; cette année-là, je n'eus pas la migraine plus souvent qu'auparavant, et même c'est depuis cette époque que mes accès sont moins forts; maintenant il est rare que j'aie des nausées ou des vomissements; quelquefois je peux manger pendant l'accès et bien digérer; et en dehors des accès, je ne suis point dyspeptique. Je pourrais citer l'observation de mon père qui eut la migraine jusqu'à 50 ans environ, et qui n'avait guère jusqu'à là éprouvé de troubles digestifs, mais qui, du moment que ses migraines eurent disparu, était obligé, pour ne pas avoir de digestions pénibles, avec pyrosis et éructations, de prendre les soins les plus méticuleux, de ne manger que tel aliment et en très petite quantité. Les dernières années de sa vie, la dyspepsie était portée à ce point que le moindre retard apporté à un de ses repas lui occasionnait des douleurs d'estomac atroces (1) ».

Nous ne nous occuperons pas ici de la dilatation de l'estomac consécutive à une lésion grave de cet organe, mais bien de la dilatation simple sur laquelle M. le professeur Bouchard a, dans ces derniers temps, attiré l'attention des cliniciens. On sait que, d'après M. Bouchard, la dilatation de l'estomac est susceptible de produire des troubles variés de la nutrition et qu'elle s'accompagne souvent de manifestations nombreuses qui en font une affection grave en bon nombre de cas.

(1) Chaumier. Loc. cit.

Parmi ces manifestations, la migraine n'est pas la moins fréquente, et sur un total d'un peu plus de trois cents observations que M. Bouchard a eu l'obligeance de nous communiquer, nous avons trouvé la migraine environ trente fois (presque une fois sur dix).

Devons-nous, dans ces circonstances, rapporter la migraine à la dilatation stomacale, ou lui chercher une autre cause ?

Quelque idée que l'on se fasse de la pathogénie de la dilatation stomacale et du rôle pathogénique que joue cette lésion dans la production d'autres manifestations morbides, une chose qui nous a frappé, c'est le nombre considérable de cas où les manifestations arthritiques coëxistaient avec la migraine, en sorte qu'ici encore il est difficile de se prononcer d'une façon absolue sur la cause de la névrose au cas de dilatation stomacale.

Mais il est temps de passer aux causes générales, beaucoup mieux établies, aux causes vraies, comme dit Grasset.

Hérédité. — Négligée pendant longtemps par les auteurs qui ont écrit sur la migraine, l'hérédité est aujourd'hui admise par la généralité des médecins. « La migraine est héréditaire. Les migraineux engendrent des migraineux. Mais le père d'un enfant migraineux peut voir se développer tardivement chez lui la migraine. Il y a donc une disposition générale qui existe à tel degré qu'elle est transmissible héréditairement, et cela de longues années avant l'apparition de

la maladie à laquelle doit aboutir cette prédisposition » (Bouchard) (1). Les preuves de la transmission héréditaire de la migraine abondent, et chaque médecin en a vu des exemples. Le fils d'un migraineux ne devient pas fatalement porteur de la névrose paternelle, et, d'un autre côté, la migraine n'existe pas toujours chez le père ou la mère du migraineux ; mais il faut toujours avoir présent à l'esprit ce grand fait de pathologie générale : Nos ascendants nous transmettent, non la maladie, mais le tempérament morbide, la prédisposition, qui peut ne se révéler par aucune manifestation extérieure. Comme l'a dit Brown, « les enfants des riches n'héritent point de la goutte de leurs parents, s'ils n'héritent point de leur fortune. »

Dans sa thèse récente, le docteur Soula donne de nombreuses observations presque toutes communiquées par M. le professeur Bouchard. En compulsant ces observations, nous en trouvons soixante-quatre dans lesquelles sont notés les antécédents héréditaires : quatorze fois la migraine existait chez les ascendants. Nous trouvons même des renseignements topiques, celui-ci, par exemple : mère migraineuse, sœur migraineuse, cousins maternels migraineux. (Obs. XIX, p. 141).

Chaumier insiste aussi sur l'hérédité ; il cite à l'appui de son opinion l'existence de la migraine chez plusieurs membres de sa famille (son père, son frère et

(1) Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris, 1882.

lui-même). Lasègue disait que dans sa famille on était migraineux depuis trois générations. Liveing fait suivre son *Traité* d'un tableau synoptique contenant soixante-sept observations; vingt-trois fois, nous trouvons notée l'existence de la migraine chez les ascendants. Huchard place l'hérédité en tête des causes de la migraine.

Nous connaissons une famille dans laquelle la migraine se transmet de père en fils, sans interruption, depuis quatre générations.

Mais ce serait comprendre insuffisamment le rôle de l'hérédité que de ne l'envisager qu'au point de vue de la transmission directe de la migraine des ascendants aux descendants. L'étude des rapports de cette névrose avec les affections constitutionnelles nous fera voir la question sous son vrai jour.

Diathèses. — Les auteurs, même les plus estimables, du commencement du siècle actuel, préoccupés surtout de l'étude symptomatique et des causes prochaines de l'accès de migraine, créent des variétés nombreuses de cette névrose, d'après les causes qu'ils étudient. Ainsi, Pelletan, Allory, etc., admettent des migraines stomacale, utérine, rectale. etc. De Fajole, qui admet plusieurs variétés, accorde une place, fort petite, d'ailleurs, à la migrainé diathésique; mais à l'époque où il écrivait son *Mémoire*, le terrain avait déjà été exploré. Schobelt avait admis une migraine rhumatismale, et Junker écrivait :

« La migraine est le commencement des maladies gouteuses, et, par la suite des ans, elle se change en goutte complète... La migraine et la fausse pleurésie, par les progrès de l'âge, ou cessent tout à fait, ou déterminent des douleurs vers les pieds » (1).

Fordyce (2), Ponsard (3), Guilbert (4) avaient exprimé la même opinion.

Mais les auteurs du siècle dernier et du commencement de ce siècle voyaient là des métastases, et la réaction suscitée contre leurs idées se fit d'une façon radicale. La migraine symptomatique, longtemps méconnue, ne prend place en pathologie que dans les articles du Compendium de médecine, dont les auteurs, faisant table rase de toutes les variétés artificielles admises jusqu'alors, n'acceptent qu'une migraine idiopathique et une migraine symptomatique. Mais ils ne font pas à celle-ci d'autre honneur que celui de la citation. Beaucoup d'entre ceux qui ont récemment écrit sur la migraine n'admettent qu'à regret une variété symptomatique, et le temps n'est pas éloigné où Lasègue, rayant d'un trait de plume l'influence étiologique des diathèses et des névroses, faisait de la migraine le lot des gens bien portants ou des dyspeptiques indem-

(1) Junker. Conspect. med. theor. pr. 401-402. Halæ, 1747.

(2) *Dissertatio de hemicrania*, 1758.

(3) Traité méthodique du rhumatisme et de la goutte, 1770.

(4) Art. Goutte, in: Dict. des sc. méd., t. XIX, 1817 *Id.* De la goutte et des mal. goutt., Paris, 1820.

nes de toute tare constitutionnelle. Plus récemment encore, Hirtz admettait, avec d'extrêmes réserves, l'influence des maladies constitutionnelles comme causes de la migraine, qui « est souvent vierge d'élément diathésique », et il ajoutait :

« C'est dans l'étude du malade lui-même, bien plus que dans celle de la maladie, que nous trouvons des données sérieuses, car c'est au sein de l'économie de chaque individu en particulier que semble résider la cause première, autrement dit la prédisposition à la migraine. Nous voulons dire par là que, s'il y a des migraines se rattachant à de faibles diathèses et des diathèses générales très accusées qui ne donnent pas la migraine, on doit en conclure qu'il faut en outre une prédisposition organique particulière, et que l'efficacité de la diathèse est subordonnée à un élément supérieur : une modification spéciale du système nerveux » (1).

Le raisonnement que l'on vient de lire est plus spécieux que vrai. Sans doute, il y a « des diathèses générales très accusées » qui ne se manifestent pas par des accès de migraine, et la raison en est qu'elles se révèlent par des phénomènes plus sérieux. Ce n'est jamais au moment d'une attaque de goutte articulaire aiguë ou d'un accès d'angine de poitrine ou d'asthme que la migraine fait son apparition, et c'est même

(1) Hirtz. Art. migraine, in Dict. de méd. et de chir. prat. t. XXII, 1876.

pour cela que cette névrose se montre plutôt dans les cas de « diathèses faibles ».

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce sujet, à propos des affinités morbides de la migraine avec certaines maladies. Nous ferons observer seulement, avec Grasset, que les grands praticiens à clientèle privée étendue sont convaincus du rôle immense que l'on doit attribuer aux maladies constitutionnelles dans la pathogénie de la migraine. C'est l'opinion que nous avons souvent entendu exprimer par notre maître, M. le professeur Combal; c'était celle de Trousseau, de N. Guéneau de Mussy, de Teissier; c'est celle de beaucoup d'autres que nous allons retrouver. Nous étudierons d'abord les rapports de la migraine avec les diathèses goutteuse et rhumatismale.

a) *Goutte*. — L'existence de la migraine chez les goutteux est très souvent observée; mais on a pris souvent pour des migraines les céphalées goutteuses et même les céphalées urémiques, que l'on a observées chez ces malades. Réagissant contre cette erreur, des auteurs fort recommandables ont péché par excès contraire. Lecorché, pour qui la migraine « est une manifestation rare de la goutte », a écrit récemment :

« Ce que nous avons vu, ce sont des accidents migraineux existant d'une manière presque périodique pendant un certain nombre d'années, puis disparaissant pour faire place, soit à de la dyspepsie, soit à des attaques de goutte articulaire; mais nous n'avons ja-

mais vu, comme Liveing, la migraine terminer un accès de goutte, ni même alterner avec des manifestations articulaires. » (1)

Assurément la migraine ne se rencontre pas avec une fréquence extrême chez les gouteux; mais les documents qui établissent la parenté morbide de la névrose avec la diathèse sont nombreux et, par suite, d'une grande valeur.

Scudamore (2) cite l'observation d'un migraineux, fils de père et de mère gouteux, et gouteux lui-même. Travers (3) est aussi explicite; Mollendorf (4), H. Holland (5), Lynch (6), ont observé des faits analogues. Tous les médecins connaissent les observations de Trousseau, pour qui la migraine est « la monnaie des attaques de goutte régulière (7). » Garrod (8) et Graves (9) se sont faits les défenseurs de cette opinion en Angleterre, tandis qu'en France elle était adoptée et propagée dans les écrits et les leçons de Gintrac, de

(1) Lecorché. Traité théor. et prat. de la goutte, Paris, 1884 p. 356.

(2) A Treatise on Gout and Gravel, 1823, p. 368.

(3) Observations of Surgery, 1852.

(4) Ueber Hemikranie. Virchow's Archiv. f. anat. und. Phys. Bd. XLI, 1867, p. 390.

(5) Med. Notes and Reflections, 1839.

(6) Some remarks on the Metastasis of diseases. Action of the Brain, in Gout. etc., in Dublin Quaterly, journal, 1856, p. 276.

(7) Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu. 5^e édit, t. II, p. 284 et s.

(8) The Nature and treatment of Gout and Reumatic. Gout, 2^e édit. 1863.

(9) Clin. méd. trad. Jaccoud. 3^e édit., 1871.

Charcot, d'Andrieu, et dans un nombre respectable de thèses et de mémoires (1).

Liveing cite le cas d'un médecin gouteux, qui avait la migraine et qui eut plus tard des attaques d'angine de poitrine. D'autres fois, aux accès de migraine il a vu succéder des attaques de goutte.

Tout récemment, M. le professeur Bouchard a prêté à cette thèse l'appui de son talent. Il a montré que, si la goutte n'existe pas souvent chez le migraineux, elle se rencontre plus fréquemment chez ses ascendants et sur les soixante-quatre observations déjà citées, de Soula, nous trouvons seize fois la goutte chez les parents des malades.

Charcot et Féré (2), Galezowski (3), Gauté (4), ont montré le lien qui unit la migraine ophtalmique à la goutte. Ce dernier dit avoir relevé dans les cahiers de la clinique de Galezowski quatorze cas de migraine ophtalmique chez des gouteux.

Nous trouvons dans le remarquable article *Goutte*, du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, les lignes suivantes, que nous reproduisons à titre de conclusion :

« La seule névrose qui semble, dans certaines cir-

(1) Voyez Bal. Th. d'agr., 1860. Malherbe. Th. Paris 1866. Michelet. Th. Paris, 1866. Chaumier. Th. Paris, 1878. De Fajole.

(2) Féré. Migraine ophtalmique. Revue de méd., 1882.

(3) Galezowski. Étude sur la migr. opht. Archiv. gén. de méd., 1878.

(4) Gauté. Recueil d'ophtalmologie, 1881, p. 333.

constances, relever manifestement de la diathèse goutteuse, c'est la migraine. »

Nous avons déjà insisté, à plusieurs reprises, sur la valeur symptomatique de ce trouble fonctionnel et sur sa fréquence aux divers périodes de la maladie goutteuse. Nous l'avons vu à la période prodromique précéder parfois de plusieurs années les premières atteintes articulaires; plus tard, alterner avec les accès et remplacer souvent d'autres manifestations arthritiques, telles que l'asthme ou les fluxions hémorroïdaires...

Ici encore, sans aucun doute, on peut invoquer bien des causes occasionnelles qui influent vraisemblablement sur le retour des accès de migraine... Il n'en demeure pas moins acquis que c'est chez des individus issus de goutteux ou goutteux eux-mêmes, que l'on constate de préférence cette susceptibilité singulière; d'autre part, qu'ils y sont sujets parfois spontanément, sans aucune cause provocatrice appréciable; enfin que la migraine, chez certaines personnes, annonce presque sûrement l'imminence d'un accès de goutte, ce qui achève de confirmer la parenté qui relie ces deux états morbides. Il en est de même de cette forme plus rare et plus grave de la névrose à laquelle Piorry et Charcot ont donné le nom de migraine ophtalmique » (1).

M. Bouchard cite le fait suivant : M. B..., 40 ans. Il ya dix-sept ans, dès qu'il entra dans une étude de notaire, il commença à souffrir d'une dyspepsie flatulente; il avait des migraines depuis plus de vingt ans. Récem-

(1) H. Rendu. Art. Goutte, in Dict. enc. des sc. méd. 4^e série, t. X, p. 119.

ment, il a éprouvé une douleur sous le gros orteil gauche ; cette douleur a duré huit ou dix jours, et a été suivie d'une attaque de goutte franche dans l'articulation métatarso-phalangienne droite (1).

b) *Rhumatisme*. — « La migraine est certainement une des manifestations les plus communes et les plus précoces de l'état rhumatismal constitutionnel... Elle est, chez les rhumatisants, ce qu'elle est chez les gouteux ou chez d'autres : c'est une de leurs manières de souffrir ; c'est souvent la réaction morbide par laquelle ils répondent aux diverses causes capables de troubler l'équilibre peu stable de leur économie... Elle peut exister seule pendant plusieurs années ; plus tard elle se joint ou fait place aux accidents de la lithiase biliaire, à l'asthme, aux myalgies, à l'acné rosée, à l'eczéma, au rhumatisme articulaire chronique. Chez un assez grand nombre de migraineux apparaît tôt ou tard, le rhumatisme articulaire aigu » (2).

La migraine se rencontre chez les rhumatisants, surtout avant l'apparition des attaques articulaires. Le rhumatisme articulaire aigu accompagne peu cette névrose et alterne rarement avec elle, le malade échangeant le plus souvent celle-ci contre les douleurs articulaires. Lorsqu'on interroge un rhumatisant au moment d'une de ses attaques, il affirme ne pas avoir eu la migraine depuis un temps plus ou moins long ;

(1) Voyez aussi Day. *On headache*, 3^e éd., 1880.

(2) Homolle. *Art. Rhumatisme*, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXI, p. 732.

mais souvent il déclare en avoir souffert dans son enfance ou sa jeunesse. Chaumier, dans sa thèse, cite plusieurs observations de migraineux ayant des attaques de rhumatisme articulaire aigu, et Grasset parle d'un malade qui, sujet, pendant sa jeunesse, à la migraine, et plus tard à la gastralgie, eut du rhumatisme articulaire. Le fils de ce malade souffre de la migraine; la fille est rhumatisante (1).

Plus grande est l'influence du rhumatisme chronique. Depuis longtemps déjà M. le professeur Charcot a signalé la coïncidence de la migraine avec le rhumatisme nouveau chez le même malade. « Sur 30 femmes interrogées à ce sujet par M. Charcot, 12 ont répondu affirmativement, et de manière à ne laisser subsister aucune incertitude sur ce point. Chez plusieurs de ces malades, des accès périodiques et bien caractérisés de migraine se sont produits sous les yeux de cet observateur; quelques-unes d'entre elles ont signalé la disparition de la migraine à l'époque où se sont montrées les douleurs articulaires » (2).

« Plusieurs fois M. Charcot nous a fait observer la cessation de ces migraines au début des accidents articulaires... Généralement elles s'observent bien plutôt dans la période prodromique du rhumatisme articulaire chronique que dans sa période avancée. Elles sont très communes dans le rhumatisme d'Héberden, et s'accompagnent quelquefois de vomissements. M. Charcot

(1) Voyez Bouchard. Maladies par ralentissement de la nutrition. Soula. Th. citée. Morisson. Th. Paris, 1872.

(2) Ball. Th. agrg., 1866.

a eu l'occasion d'observer dans sa clientèle un malade dont la mère, la sœur et la fille, affectées ainsi que lui-même du rhumatisme d'Heberden, avaient, à des époques diverses, souffert de violentes migraines » (1).

N. Gueneau de Mussy a trouvé, chez 28 migraineux, 10 fois le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, 2 fois des rhumatismes chroniques, 4 fois des douleurs erratiques. D'un autre côté, sur 25 malades dont les parents étaient migraineux, le même observateur a noté 8 fois le rhumatisme aigu ou subaigu, 8 fois des douleurs erratiques, 7 fois la migraine (2).

Le rhumatisme musculaire, le rhumatisme vague, les nodosités rhumatismales éphémères se rencontrent souvent associés à la migraine.

Sur 115 obèses, Soula a rencontré 48 fois le rhumatisme musculaire et 44 fois le rhumatisme articulaire aigu ou chronique. Chez 81 diabétiques, il a noté 19 fois le rhumatisme musculaire et 36 fois le rhumatisme articulaire aigu ou chronique. En sorte que le rhumatisme musculaire existait 67 fois et le rhumatisme articulaire 80 fois. Les 67 malades du 1^{er} groupe donnent 29 migraines; les 80 du 2^e groupe donnent 34 migraineux, ce qui constitue un total de 63 migraineux sur 147 rhumatisants.

D'autre part, nous avons fait le relevé des observations de migraineux dans lesquelles sont notés les anté-

(1) Malherbe. Des affections viscérales dans le rhumatisme chronique. Th. Paris, 1866, n° 201. Voyez aussi Michelet. Th. de Paris, 1866.

(2) N. Guéneau de Mussy. Clin. méd., t. I, p. 323 et suiv.

cédents héréditaires, et nous avons rencontré, sur un total de 64 migraineux, 31 fois le rhumatisme chez les ascendants.

Féréol (1) et Soula ont cité chacun un cas de migraine chez un malade atteint de nodosités rhumatismales sous-cutanées.

Lancereaux a signalé l'existence de la migraine chez des malades porteurs d'*arthrite déformante* et chez d'autres dont les ascendants ou les descendants étaient atteints de cette maladie. « Nous connaissons, dit-il, des malades atteints de rhumatisme chronique dont les enfants sont migraineux » (2). Le fils d'une dame, rendue infirme par une arthrite déformante des mains caractérisées, est, ajoute-t-il, atteint de migraine, ainsi que sa sœur.

M. Bouchard a raconté dans ses leçons l'histoire d'un malade, migraineux depuis l'âge de 6 ans, qui fut, à 20 ans sujet à des épistaxis fréquentes. Dès son enfance, jusqu'à 59 ans, il présenta des poussées d'eczéma, et à 30 ans, il était hémorroïdaire. Il eut plus tard des accès d'asthme, du rhumatisme articulaire aigu, des nodosités d'Héberden, de la sciatique rhumatismale.

Lancereaux, sur 12 sujets présentant de la rétraction de l'aponévrose palmaire, altération de nature rhumatismale, a noté 5 fois la migraine.

Le même auteur avait déjà signalé la coexistence de

(1) Progrès médical. 5 janv. 1884.

(2) Lancereaux. De l'herpétisme. Paris, 1882.

la migraine et de l'artério-sclérose. Sur 20 personnes présentant cette altération vasculaire, chez 17 on trouvait des craquements articulaires ; 13 avaient des accès de migraine (1).

Tous ces faits démontrent surabondamment la parenté qui unit étroitement la migraine aux diverses manifestations rhumatismales. Cette parenté deviendra plus évidente lorsque nous aurons montré quels sont les rapports de la migraine avec l'asthme, l'angine de poitrine, les hémorroïdes, la gravelle, la lithiase biliaire, toutes affections qui rentrent dans le groupe de l'arthritisme.

Ce que nous avons déjà dit du rhumatisme articulaire ou musculaire explique bien l'opinion exagérée de Schobelt, pour qui « *Hemicrania est illa rhumatismi species singularis, quâ unum capitis latus tantum affligitur cruciatibus* (2) », et l'étonnement de Baumès en voyant le rhumatisme se manifester par de la migraine, de la gastralgie et du rhumatisme articulaire (3).

Asthme. — Willis (4), Tissot citent des cas d'asthme remplaçant la migraine. Trousseau insistait sur les rapports réciproques qu'affectent vis-à-vis l'un de l'autre la migraine et l'asthme. Liveing cite des faits semblables. Chaumier rapporte qu'Héberden, à propos

(1) Lancereaux. Transact. of the internat. med. Congress London, 1881.

(2) *Tractatio de hemicraniâ*. Berlin, 1776.

(3) Baumès. Précis. théorique et pratique sur les diathèses. Lyon, 1859.

(4) *De animâ brutorum*, ch. XV.

d'un cas de migraine dit : « Item asthmate superveniente cessavit », et il cite lui-même six observations du même genre. Beaucoup d'auteurs ont fait la même remarque. Sur les soixante-quatre observations de Soula nous trouvons l'asthme noté vingt-trois fois chez le malade ou chez ses ascendants. M. Bouchard a observé un grand nombre de fois la même coïncidence, notée aussi par N. G. de Mussy.

Angine de poitrine. — Tissot parle d'un malade qui, guéri de sa migraine, « était sujet à des attaques de douleurs très violentes, qui lui occasionnaient le sentiment d'une ceinture extrêmement serrée autour de la poitrine et lui gênaient excessivement la respiration. » Lobstein parle de femmes qui, après avoir été migraineuses dans leur jeunesse, étaient prises, à un âge plus avancé, d'accès d'angine de poitrine, alors que cette névrose n'apparaissait pas chez celles qui avaient gardé leur migraine (1). Trousseau a observé chez le même malade la migraine, l'angine de poitrine et la goutte. Liveing rapporte un cas semblable. Chaumier relate l'observation de son père qui fut atteint d'*angor pectoris* après avoir été longtemps migraineux. Landouzy a cité un cas semblable (*Progrès médical*, 8 sept. 1882).

Nous pensons, avec MM. Landouzy et Huchard, que dans ces cas, rares d'ailleurs, migraine et angine de

(1) A Treatise on the structure, functions, and diseases of the Human sympathetic Nerve. Transl. by J. Pancoast. Philad. 1831.

poitrine sont reliées entre elles par une même cause générale, qui est l'arthritisme.

Hémorroïdes et varices, épistaxis. — La coexistence des hémorroïdes et de la migraine chez le même malade a été notée par beaucoup de médecins, et l'on sait que Sauvages a décrit une migraine hémorroïdaire. Ceux qui s'occupèrent de la question après lui virent dans la cessation du flux hémorroïdal une cause de migraine. Il en est de même des épistaxis. Ainsi, nous voyons Labarraque dire que la suppression d'épistaxis habituelles est souvent suivie de l'apparition d'une migraine qu'il appelle *pléthorique* (1). De Fajole admet aussi une migraine causée par le tempérament pléthorique. Il emprunte à Tissot l'observation d'un jeune homme qui, migraineux jusqu'à 16 ans, eut à cet âge des épistaxis fréquentes, et fut débarrassé de sa migraine jusqu'à l'âge de 19 ans, époque où les épistaxis cessèrent. Pelletan avait admis le fait, en faisant remarquer que cette cause doit se rencontrer fort rarement.

Trousseau place les hémorroïdes à côté de l'asthme. Pour lui, comme pour Bazin et la plupart des auteurs contemporains, les hémorroïdes sont une manifestation de l'arthritisme, et c'est là l'unique raison de la relation qui existe entre elles et la migraine. Il en est de même des varices.

Quant aux épistaxis, on les rencontre fréquemment

(1) Labarraque. Th. de Paris, 1837.

dans les antécédents des malades. Cet accident est souvent noté dans les observations de Soula, et M. Bouchard a bien fait voir sa relation avec la migraine. Non seulement les épistaxis existent souvent dans l'enfance des migraineux, mais encore elles sont, chez eux, remarquables par leur répétition et quelquefois même par leur abondance. Soula dit avoir eu l'avantage d'observer chez lui l'allure inquiétante que prennent parfois ces hémorrhagies nasales. Nous partageons avec lui ce fâcheux privilège. Jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans, nous avons été sujet à des épistaxis qui revenaient souvent deux fois par semaine et qui prenaient parfois un tel caractère d'intensité que le tamponnement des fosses nasales devenait nécessaire. Nous n'avons plus eu d'épistaxis depuis cette époque, mais nous sommes sujet à de fréquents accès de migraine. Un de nos amis, docteur en médecine, a présenté aussi la même particularité. De plus, il a souffert, l'an dernier, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a duré trois semaines.

Gravelle. — La parenté de la migraine et de la gravelle, affirmée par Trousseau, Bazin, Durand-Fardel, a été rigoureusement établie par nombre de cliniciens. Trousseau considérait la migraine, les hémorrhoïdes, la gravelle et l'asthme comme des manifestations de la goutte larvée. Cette opinion est aujourd'hui généralement adoptée.

Lithiase biliaire. — Signalée par M. Bouchard, la

coïncidence de la migraine et de la lithiasé biliaire chez le même malade a été notée par Soula, qui, sur vingt-deux cas de lithiasé biliaire a observé sept fois la migraine. Plus rarement, la lithiasé biliaire se rencontre chez les ascendants de migraineux.

Diabète. — C'est aussi M. Bouchard qui, le premier, a montré les rapports qui existent entre le diabète et la migraine. Après lui, M. Galezowski a considéré le diabète sucré comme pouvant, quelquefois, être la cause des migraines ophthalmiques (1). Sur cent diabétiques, M. Bouchard a observé dix-huit fois la migraine. Soula, chez quatre-vingt-un diabétiques, a noté la migraine vingt-deux fois chez les malades eux-mêmes et quatorze fois chez leurs ascendants.

Obésité. — M. Bouchard a montré que dans bon nombre de cas l'obésité est liée à l'une des affections arthritiques que nous avons passées en revue. Sur cent huit malades dont il donne l'histoire résumée, il en est bien peu qui ne présentent dans leurs antécédents personnels ou héréditaires quelque manifestation de la tare diathésique. Les maladies que nous voyons notées le plus souvent chez les obèses sont le rhumatisme musculaire, le rhumatisme articulaire, la gravelle, la dyspepsie, les névralgies, la lithiasé biliaire, les hémorroïdes, etc. Chez leurs ascendants, nous trouvons le rhumatisme, la goutte, l'asthme, la gravelle. Il

(1) Galezowski. Le diabète en pathologie oculaire, Paris, 1883.

n'est donc pas étonnant que la migraine soit notée quarante-quatre fois dans la vie antérieure de ces cent huit obèses, ce qui constitue une proportion considérable, proportion qui ne se modifie pas dans les tableaux de Soula : quarante-huit fois la migraine chez cent-quinze obèses. Dans les antécédents héréditaires de cent sujets atteints d'obésité, Soula note treize fois la migraine, trente-six fois le rhumatisme, trente et une fois la goutte, vingt-six fois l'asthme, vingt fois la gravelle.

On le voit, la démonstration se poursuit et s'achève : la migraine est, avant tout et surtout, une manifestation arthritique ; elle constitue, dans la grande majorité des cas, une manière de souffrir des rhumatisants et des gouteux, et si l'on n'a pas noté plus souvent cette subordination de la migraine à l'arthritisme, c'est peut-être parce que la névrose a souvent disparu lorsque d'autres manifestations de la diathèse ont apparue.

c) *Affections cutanées.* — Trousseau a le premier signalé la fréquence de la migraine dans le cours des maladies de la peau. Bazin, sur vingt-cinq cas d'arthritides et d'herpétides, rencontra quinze fois la migraine chez les malades ou chez leurs parents. Depuis, cette relation a été constatée par beaucoup d'auteurs. La migraine est beaucoup moins commune dans les affections herpétiques que chez les arthritiques. On la rencontrerait le plus souvent avec l'eczéma, l'impétigo, l'acné, le furoncle, le pityriasis, plus rarement avec le psoriasis, l'herpès, le pemphigus, l'urticaire, le lichen,

l'érythème noueux, l'érythème marginal, l'hydroa vésiculeux, le zona.

Chaumier a noté surtout l'eczéma, l'impétigo, l'acné, les furoncles, le pityriasis; il a rencontré quelquefois l'herpès et l'urticaire, et deux fois le zona.

Quelle que soit la forme de la manifestation cutanée, la migraine peut disparaître et être momentanément ou définitivement remplacée par l'herpétide ou l'arthritide; mais quelquefois le malade conserve sa migraine tout en ayant de l'acné, de l'eczéma, du pityriasis ou de l'herpès. Un de nos amis, sujet à la migraine depuis l'enfance, présente, depuis un an, des poussées d'eczéma rebelles, sans que sa migraine subisse la plus légère modification.

Il ressort des tableaux de Soula que les affections cutanées le plus souvent rencontrées chez les migraineux sont : l'eczéma, le pityriasis, le psoriasis, l'urticaire, l'impétigo. L'eczéma est de beaucoup le plus fréquent.

« Dans une de ses leçons cliniques de l'année sur cette maladie, M. le professeur Fournier nous disait que la migraine est un des troubles nerveux qui manquent rarement chez les eczémateux, et que certains malades demeuraient migraineux toute leur vie. » (Soula.)

Nous avons dit que la migraine est peu commune dans l'herpétisme. Après Bazin et Trousseau, beaucoup de médecins ont admis cependant une migraine herpétique. De Fajole et beaucoup d'autres ont cité des

faits concluants. Récemment, M. le professeur Renaut écrivait :

« La migraine précède, accompagne ou suit les dermatoses ; elle constitue souvent, à elle seule, la première période de l'herpétis. Quand la dermatose fait son apparition, la migraine disparaît ; parfois elle alterne avec l'apparition cutanée ; plus rarement, elle continue à se montrer par accès plus ou moins éloignés pendant le cours de la dermatose (1). »

A côté des affections cutanées, on peut placer certaines variétés de cancer, surtout l'*épithélioma* de la face (adénome sudoripare de Verneuil), qui serait de nature arthritique.

Lebert avait déjà signalé la coïncidence de la migraine et du cancer. M. le professeur Verneuil a récemment attiré l'attention de ce côté :

« Interrogez, dit-il, les sujets atteints de carcinome ou d'épithélioma, et vous trouverez sans peine, chez leurs parents ou dans leur propre santé antérieure des symptômes non équivoques d'arthritisme. Celui-ci est issu d'un père graveleux, arthritique ou diabétique, d'une mère névropathe, *migranienne*, atteinte de lithiase biliaire, etc. ; celui-là aura souffert lui-même de la goutte, de rhumatisme, de dyspepsie, de migraine (2). »

Nous retrouvons ces idées dans un article d'un prati-

(1) Art. Dermatoses, in Dict. enc. des sc. méd. 1^{re} série, t. XXVIII, p. 34, 1883.

(2) Verneuil. Semaine méd., décemb. 1883.

cien consommé, M. le Dr Dumas, de Cette, l'un de nos collaborateurs au *Montpellier Médical*. Notre confrère rapporte l'observation suivante, que nous nous dispenserons de commenter :

Mme X..., arthritique et herpétique. Poussées cutanées à la face; furoncles, abcès sous-maxillaires; migraines fréquentes d'une extrême violence, qui dureraient plus de vingt-quatre heures, l'obligeaient à garder le lit et s'accompagnaient de vomissements. Dyspepsie. Ces manifestations de l'arthritisme et de l'herpétisme ont persisté avant comme après la ménopause. Aux approches de la soixantaine, elle s'aperçut d'une tumeur du sein qui grossit peu à peu et devint le siège de douleurs lancinantes très vives.

« Lorsque je fus consulté, déjà quelques ganglions sous-axillaires étaient indurés; la tumeur envahissait presque tout le sein, dont le bout était très déprimé. J'eus une consultation avec le docteur Bourelly, agrégé de la Faculté de Montpellier. Nous ne jugeâmes pas que l'opération offrît des chances de succès.

« La maladie suivit sa marche fatale. La tumeur s'ulcéra, fut le siège d'hémorrhagies, se propagea vers l'autre sein et l'épaule. Enfin, au bout de dix-huit mois environ, la malade succomba.

« Les migraines, qui, depuis les dernières années, s'étaient un peu éloignées, ne se supprimèrent que pendant la longue durée de la maladie(1). »

(1) Dumas. Montpellier médical, mai 1884.

Les affections des muqueuses (bronchites, angines, pharyngites, laryngites) s'observent souvent chez les migraineux. C'est là un point de contact de plus entre la migraine d'une part, l'arthritisme et l'herpétisme d'autre part.

Il est donc démontré que presque toujours il est possible de découvrir la nature arthritique ou herpétique de la migraine. Devons-nous aller plus loin dans cette voie et dire, à l'exemple de quelques auteurs, qu'un cas de migraine étant donné, on trouve, dans ses allures, des indices révélateurs de la diathèse génératrice? C'est une question que nous examinerons dans le chapitre suivant.

d) *Scrofule, tuberculose, syphilis*. — De Fajole dit que les diathèses scrofuleuse et syphilitique déterminent fréquemment des accès de migraine, mais ordinairement à la période des lésions cérébrales. Il paraît d'ailleurs prendre pour des accès de migraine des céphalées syphilitiques, ainsi que l'indique la citation suivante :

« Lorsque la syphilis n'a pas encore franchi la période des accidents secondaires, et qu'il n'y a par conséquent ni exostoses ni caries, on peut bien souvent constater une douleur de tête particulière, intermittente, revenant surtout la nuit, et que l'on pourrait sans grand effort inscrire au compte de la migraine. »

Nous pensons, au contraire, qu'il faudrait un « grand effort » pour voir de la migraine dans cette douleur de tête. Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur ce sujet.

Gubler et Bordier admettent la migraine des tuberculeux sans tubercules encéphaliques.

e) *Impaludisme*. — Trousseau admettait que l'impaludisme se manifeste quelquefois par des migraines. Pour Gubler et Bordier, cette migraine palustre, fièvre larvée, n'est pas une vraie migraine. Néanmoins, l'anémie palustre pourrait déterminer la migraine, disent-ils. Hirtz n'admet pas cette cause, donnant pour raison que cette prétendue fièvre larvée est apyrétique. Axenfeld et Huchard la rejettent pour le même motif. Ce n'est pas là, comme le fait observer Grasset, une raison suffisante.

« Il y a, dit Grasset, des accidents parfaitement et incontestablement palustres, comme cause, comme marche et comme thérapeutique, qui restent absolument insensibles au thermomètre, et les accès les plus pernicious ne sont certainement pas ceux qui font monter le plus haut la colonne mercurielle...

« Ce que je puis dire seulement, c'est que dans nos pays cette forme de fièvre larvée est rare, et que je ne l'ai jamais observée ; il y a des névralgies, des céphalées de nature paludéenne, mais je n'ai jamais observé de véritables migraines. »

Cependant l'impaludisme peut être une cause indirecte de la migraine, par l'anémie qu'il détermine.

f) *Anémie*. — L'anémie peut encore être rangée parmi les causes de la migraine (Barudel, Huchard, Grasset). En est-il de même du tempérament sanguin, qui pro-

duirait la migraine pléthorique de De Fajole? Nous ne le pensons pas, et nous croyons que l'anémie agit surtout en excitant le système nerveux et en affaiblissant sa force de résistance.

g) *Maladies nerveuses.* — La migraine se rencontre souvent chez les membres de cette famille que l'on désigne avec raison sous le nom de famille névropathique. Pour M. le professeur Grasset, le nervosisme est le plus souvent la manifestation d'une diathèse et l'existence de la migraine dans cette famille est une preuve de plus de son essence diathésique.

Liveing a cherché surtout à démontrer les affinités de la migraine avec les grandes névroses, particulièrement avec l'hystérie. Il nous montre, chez les ascendants des migraineux, tantôt l'épilepsie, tantôt l'hystérie, tantôt la folie. La chorée, l'asthme, l'angine de poitrine, le tic douloureux de la face forment, avec les précédentes, un groupe bien défini, par les causes, les allures, les rémissions plus ou moins longues des accidents. Ces diverses névroses peuvent se transmettre, en se transformant, de l'ascendant au descendant. Elles peuvent même se transformer chez le même sujet, qui, à certains moments de sa vie, présente l'une et l'autre successivement, l'épilepsie, l'asthme, la manie se substituant à la chorée, l'angine de poitrine faisant place à la folie. Ainsi l'auteur aurait vu se succéder, chez le même malade, la migraine et l'asthme, ou l'angine de poitrine, ou même la folie; chez d'autres, la

migraine et le torticolis ou des spasmes des voies respiratoires.

L'épilepsie est la névrose dont les connexions avec la migraine sont le plus nettes, non seulement parce que la migraine se transforme en épilepsie chez le malade, mais aussi à cause des analogies symptomatiques de l'une et de l'autre.

Lasègue, pour qui la migraine n'était pas une névrose, se refusait à accepter ces relations. « Parmi les gens à névrosité pathologique, dit-il, la migraine est plus près de l'exception que de la règle, et à nombre égal on ne trouve pas chez eux plus de migraineux que chez les gens qui jouissent d'un fonctionnement nerveux correct. » Après avoir montré qu'il s'agit, selon lui, dans les faits de Liveing, d'hystéro-épilepsie et non d'épilepsie, il ajoute : « C'est en se contentant ainsi d'à peu près, en appelant migraine tout mal de tête, en ne tenant pas compte de l'évolution de la crise et des éléments multiples dont elle se compose, qu'on entretient la confusion dans la pathologie nerveuse. »

Une critique aussi sévère, sous la plume d'un clinicien aussi éminent, mérite de nous arrêter, d'autant que les mêmes idées se retrouvent chez Huchard. « La succession de tous ces accidents n'est-elle pas, dit-il, l'effet du hasard, ou plutôt n'est-elle pas due à l'existence de certaines affinités pathologiques ? Admettre cette dernière hypothèse, c'est sans doute agrandir le domaine d'une maladie, c'est la mieux faire connaître en découvrant ses métamorphoses, en la montrant sous ses faces si diverses ; mais nous croyons que cette

parenté morbide — au moins en ce qui concerne certains états pathologiques que nous venons d'énumérer — n'est rien moins que démontrée. C'est ainsi, par exemple, que la migraine, d'après certains auteurs, entretiendrait avec l'épilepsie la plus étroite connexion, que ces deux affections pourraient se substituer l'une à l'autre chez le même individu ou dans leurs générations différentes. Pour les partisans de cette opinion, la pathogénie même des deux maladies, qui seraient produites également par des troubles du grand sympathique, n'indique-t-elle pas qu'il doit exister entre elles certains rapports de causalité et de nature? Liveing n'a-t-il pas démontré que, de même que pour l'épilepsie, la migraine — laquelle pourrait alors être appelée du nom de *fruste* — peut se traduire par un simple vertige? Mais ce dernier s'accompagne, dans le mal caduc, d'une perte complète, absolue de la connaissance, ce qui n'existe pas dans le vertige migraineux; mais aussi quand il s'agit d'un mal aussi compréhensif que le mal de tête, n'est-il pas à craindre qu'on ait confondu une simple céphalalgie avec la migraine? Nous le croyons, au moins pour certaines observations que rapporte Liveing, lorsqu'il s'agit, par exemple, de femmes nerveuses, ou atteintes de cette forme d'hystéro-épilepsie qui peut bien ressembler par certains côtés, au point de vue symptomatique, à l'épilepsie, mais qui n'est pas l'épilepsie. Ainsi donc, nous pensons que ces rapports entre la migraine et le mal caduc ne peuvent être encore admis, parce qu'ils n'ont

pas été démontrés par un nombre suffisant d'observations (1). »

Les raisons données ci-dessus valent qu'on les discute et qu'on en contrôle la valeur au moyen des faits cliniques.

Et d'abord, faisons observer que l'épilepsie se rencontre quelquefois chez les ascendants des migraineux, ainsi que l'hystérie, dont la migraine serait, pour Rosenthal, une forme larvée.

Ceci admis, nous trouvons, dans les différents auteurs, des cas très peu nombreux de migraine chez des épileptiques. Tissot en cite un ; Tardieu cite une observation douteuse (2) ; Sieveking (3) en rapporte un cas ; Miss Garrett (4) place la migraine entre l'asthme et l'épilepsie, mais ne s'appuie pas sur des faits précis ; Chaumier donne une seule observation de migraineux épileptique. Liveing a rencontré l'épilepsie 9 fois, sur 67 migraineux dont il relate l'histoire : 4 fois chez les parents des malades, 5 fois chez les malades eux-mêmes. C'est, on le voit, une proportion très forte, eu égard à la rareté des faits observés par les auteurs antérieurs à Liveing. Nous pensons pouvoir expliquer cette coïncidence, non par une fin de non recevoir, mais par l'examen attentif des faits. Le plus souvent, les

(1) Axenfeld et Huchard. Traité des névroses, 2^e éd. p. 232, 1883.

(2) Tardieu. Transformation héréditaire de l'épilepsie. Th. Paris, 1868.

(3) On Epilepsy. 2^e édit., p. 27, London, 1861.

(4) Th. de Paris, 1870.

migraineux épileptiques de Liveing étaient atteints de troubles visuels plus ou moins accusés : il s'agit donc de migraines ophthalmiques. Or, M. Charcot a remarqué que cette variété se rencontre quelquefois chez les épileptiques ou chez des malades qui accusent l'existence de l'épilepsie chez leurs parents. Féré rapporte deux observations à l'appui de cette thèse. La première est celle d'un migraineux dont la migraine s'amenda après l'apparition d'une épilepsie partielle ; la seconde a trait à un migraineux chez lequel migraine et épilepsie se sont développées d'une façon parallèle. Raullet a donné deux nouvelles observations de migraine ophthalmique chez des épileptiques. Depuis, M. Charcot a noté plusieurs fois l'épilepsie dans l'existence antérieure ou chez les ascendants des malades atteints de migraine ophthalmique.

Nous pensons donc avec M. Charcot, que la migraine ophthalmique n'est pas sans analogie avec l'épilepsie, qu'elle se rencontre quelquefois chez les familles où l'épilepsie existe, qu'enfin elle peut reconnaître pour cause, bien que rarement, cette grave névrose.

Il en est de même de l'hystérie, comme l'ont montré Charcot et Galezowski.

Nous reproduisons ci-dessous deux observations de migraine ophthalmique coïncidant dans un cas avec l'épilepsie, dans l'autre avec l'hystérie.

OBSERVATION XIII (Raullet).

Migraine ophthalmique. Epilepsie.

Ag..., 20 ans, tapissier. Début de la migraine le 1^{er} janvier 1882. Depuis l'a, à peu près une fois par mois; il ne l'a eu encore qu'une seule fois avec engourdissement de la main droite et trouble de la langue, et une autre fois avec trouble de la langue sans engourdissement de la main. Le scotome précède toujours la migraine. Au mois de septembre 1881, première attaque d'épilepsie sans aura, ne se souvient de rien, s'est réveillé dans son lit sans savoir ce qui s'était passé; à huit heures du matin pousse un cri, tombe, se débat; écume de la bouche, morsure de la langue; durée à peu près vingt minutes; pas de vomissements; deux heures après, n'avait plus rien.

8 décembre 1882. Deuxième attaque d'épilepsie; vers huit heures du matin, est tombé, et ne se souvient de rien; ne s'est pas mordu la langue, est tombé sur le côté droit, et il lui a semblé après l'attaque que son œil droit était moins ouvert que le gauche; c'est aussi à droite qu'il s'est mordu la langue la première fois.

OBSERVATION XIV (Raullet).

Migraine ophthalmique. Ovarie double; anesthésie gauche.

Mme Perr..., 26 ans, mère migraineuse, hémipie gauche transitoire.

Il y a quatre ans, la malade a eu des douleurs dans le ventre; elle montre ses deux points ovariens.

La malade a des accès depuis six ans, autrefois deux ou trois fois par semaine. Depuis quatre ans, elle a ses accès tous les jours. Ces accès sont constitués par une céphalalgie

frontale très intense, surtout à gauche, des battements dans les tempes, surtout à gauche, bourdonnements assez forts dans les deux oreilles; en même temps des étincelles voltigent dans les deux yeux et souvent prennent l'aspect d'un rempart dentelé; le rempart de l'œil gauche est beaucoup plus accusé, et si la malade travaille à ce moment, toute la partie droite est obstruée, elle ne voit que la partie gauche de son ouvrage. Ces accès reviennent tous les jours et durent pendant deux ou trois heures quelquefois.

L'engourdissement existe à gauche dans la jambe et le bras.

Pas d'aphasie transitoire, mais un peu d'embarras psychique : la malade ne se rappelle pas ce qu'elle veut dire.

Point ovarien à gauche. La malade voit les couleurs périphériques; peut-être achromatopsie pour les couleurs centrales. Clou hystérique existe.

Un peu d'anesthésie à gauche, la cornée gauche est insensible.

Les battements d'une montre s'entendent à droite à 0,15 centimètres; à gauche il faut coller la montre près de l'oreille. Champ visuel rétréci des deux côtés, mais beaucoup plus à gauche.

Le Dr Robiolis a vu les accès d'épilepsie débiter par la migraine ophthalmique.

La chorée a été signalée par Anstie et Hurlers-Jackson; ce dernier a trouvé sur 66 choréiques, 63 malades atteints de céphalalgie violente et paroxystique; 31 avaient des nausées et des vomissements, 14 présentèrent des phénomènes oculaires, 11 étaient sujets à des étourdissements. Nous aurions pu, à l'exemple de Jackson, rapprocher ces faits de ceux du même genre qui ont trait au rhumatisme. Quoi

qu'il en soit, une relation aussi étroite entre la migraine et la chorée doit nous surprendre, si nous songeons qu'elle n'avait pas encore été notée, et nous nous demandons si dans tous ces cas il s'agissait bien de migraine (1).

Conditions individuelles. — La migraine apparaît généralement à l'âge de la puberté; lorsqu'elle est héréditaire, elle peut éclater avant l'âge de 10 ans, à 6 ans (Michelet, Bouchard). Chez la femme, elle apparaît souvent lors de la première menstruation. Il est rare que le 1^{er} accès survienne après l'âge de 30 ans.

Presque tous les auteurs pensent que la migraine est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Liveing, sur 93 cas, trouve 41 hommes et 52 femmes. Sygmonds, de Bristol, a trouvé 76 femmes pour un total de 90 migraineux. Chaumier donne, sur un total de 121 malades, 62 hommes et 59 femmes.

N. Gueneau de Mussy pensait aussi que la migraine est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Si l'on s'en tient à ce qui se passe dans les hôpitaux, la migraine doit paraître plus commune chez le sexe féminin; dans la clientèle civile, les conditions sont changées. M. Bouchard la croit plus fréquente chez l'homme.

Les professions libérales sont celles où la migraine se rencontre le plus communément.

(1) Voyez Hurlers-Jackson. The Lancet, 1875 et Revue des sc. méd., t. VII, p. 143.

De Fajole dit que la plupart des médecins ont ou ont eu la migraine, qui serait aussi la maladie de prédilection des employés de l'État.

Robiolis n'a constaté la migraine ophthalmique que chez un seul des 1,600 malades qui se sont présentés pendant l'année 1883 au dispensaire gratuit du docteur Nicati, tandis qu'il l'a notée quinze fois environ sur un total de 600 malades payants. La vie sédentaire, les travaux intellectuels y prédisposent. Elle est fréquente chez les savants et les hommes politiques. « Elle rentre, dit M. Bouchard, dans cette catégorie de maladies qui sont le lot des classes élevées et comme la rançon de la supériorité intellectuelle et de la suprématie sociale. »

Les soldats y seraient peu prédisposés. De Fajole, sur 100 militaires interrogés, a trouvé 1 seul cas de migraine, chez un officier, tandis qu'il en a trouvé 20 sur 100 séminaristes catholiques et 15 sur 100 religieuses cloîtrées.

Le tempérament nerveux, surtout quand il se traduit par une grande émotivité, paraît être une cause prédisposante.

Si nous résumons ce long exposé, nous sommes amené à conclure que, dans la grande majorité des cas, la migraine n'est pas une affection idiopathique, mais un syndrome clinique, manifestation d'un état morbide constitutionnel (arthritisme, herpétisme). Il est cependant des cas où la démonstration de ce fait n'est pas complète; nous voulons dire que la migraine paraît devoir exister indépendamment de ces états con-

stitutionnels et se manifester comme une névrose distincte et essentielle ; mais ces cas sont assez rares pour que quelques auteurs en nient l'existence. Nous pensons donc que la migraine, si elle peut exister à l'état de névrose idiopathique, est le plus souvent symptomatique, non d'un état local, mais d'un état général, comme l'admettent Huehard, Bouchard, Grasset, etc. Voilà pourquoi les accès de migraine sont souvent amenés par des causes fort légères, ou éclatent sans cause appréciable. C'est pour arriver à cette conclusion que nous avons écrit ce chapitre dont on nous reprochera peut-être la longueur.

CHAPITRE III.

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE. MIGRAINES SYMPATHICO- TONIQUE ET ANGIO-PARALYTIQUE.

Étude physiologique. — Nous nous sommes peu occupé, au chapitre consacré à la symptomatologie, des phénomènes vaso-moteurs qui accompagnent l'accès de migraine et répondent aux deux types d'excitation et de paralysie du grand sympathique. C'est l'observation de ces troubles qui a été le point de départ des théories vaso-motrices, tour à tour attaquées et défendues par des physiologistes de talent, encore aujourd'hui discutées, et que nous allons rapidement examiner.

Théories vaso-motrices. — La première en date est celle de Du Bois Reymond qui, observant au cours de ses accès de migraine des phénomènes circulatoires analogues à ceux que Cl. Bernard avait vus se produire à la suite de l'excitation du grand sympathique cervical, attribua le syndrome au tétanos des artères de la moitié de la tête qui est le siège de l'hémicrânie.

Au maximum de l'accès, Du Bois Reymond note les particularités suivantes : du côté où se fait sentir la douleur, la face est pâle, l'artère temporale dure sous le doigt, alors que celle du côté opposé demeure normale, l'œil plus petit en apparence, à cause de l'ou-

verture moindre des paupières, la pupille dilatée, la température du conduit auditif externe abaissée de 0°,4 à 0°,6, l'exaspération de la douleur par la toux, l'action de se baisser, et toutes les circonstances qui augmentent la pression sanguine intra-crânienne. Vers la fin de l'accès, au contraire, la face devient rouge, l'oreille est sensiblement chaude, et la main perçoit cette élévation thermique.

De l'existence des phénomènes notés en premier lieu, l'auteur tire cette conclusion que sa migraine est « un tétanos de la membrane musculaire des artères de la moitié de la tête qui souffre, tétanos sous la dépendance de la portion du grand sympathique » du même côté.

C'est donc par l'excitation du grand sympathique cervical que Du Bois Reymond explique et la douleur, et les vomissements, et l'éblouissement. La douleur est due à la crampe vasculaire, de même que les douleurs de l'accouchement sont dues aux contractions utérines, et les coliques aux contractions intestinales. Les vomissements et l'éblouissement sont amenés par un mécanisme analogue, oscillations de la pression sanguine dans le cerveau et l'appareil visuel.

Il s'agit donc d'une excitation permanente du sympathique cervical, et, comme les apophyses épineuses des dernières cervicales et des premières dorsales sont douloureuses à la pression, le siège de l'excitation doit être dans la région appelée par Budge et Waller *cilio-spinalis*.

A l'objection que sa théorie pouvait rencontrer

dans les expériences de Brown-Séquard qui avait excité le grand sympathique du lapin sans le voir manifester de la douleur, Du Bois Reymond fait cette réponse : « Si le lapin ne crie pas lorsqu'on lui électrise le grand sympathique, c'est que le lapin est peu sensible. » L'auteur ne croit pas, d'ailleurs, què toutes les migraines reconnaissent la même cause.

Quant aux phénomènes qui apparaissent à la fin de l'accès, ils s'expliquent par l'épuisement nerveux qui succède à l'excitation (1).

Cette théorie rencontra des partisans, entre autres M. le professeur Jaccoud, qui l'exposa dans son *Traité de pathologie interne*; Eulenburg et Landois (2), qui l'adoptèrent, attribuèrent la douleur non à la crampe vasculaire mais à l'anémie cérébrale qui en est la conséquence. Il n'est donc pas étonnant que la compression de la carotide du côté affecté augmente la douleur, tandis que la compression de la carotide du côté opposé l'augmente. Mais, comme le fait remarquer avec raison Huchard, l'action de se baisser, de tousser, tout ce qui augmente la pression sanguine intra-crânienne devrait diminuer la douleur, et c'est le contraire que Du Bois Reymond a remarqué.

Quant aux phénomènes oculaires, aux frémissements dans les membres, ils peuvent s'expliquer par l'hypothèse de l'excitation vaso-motrice.

(1) Du Bois Reymond. *Arch. für anatomie und physiologie*, 1860, et *Journ. de physiologie de l'homme et des animaux*, 1861.

(2) Eulenburg et Landois. *Wiener med. Wochens*, 1876 n° 87.

Les symptômes cérébraux (aphasie et paralysie passagères) sont parfaitement explicables par l'hypothèse de l'ischémie cérébrale.

Brunner a constaté sur lui-même et sur sa mère, une sensation douloureuse au niveau des ganglions supérieur et moyen, et il admet, à côté du point de départ médullaire, un point de départ dans le cordon sympathique cervical (1).

La théorie de Du Bois Reymond, ainsi modifiée, n'expliquerait pas le rétrécissement de l'ouverture palpébrale, pas plus que la rougeur de la conjonctive et l'enfoncement du globe oculaire indiqués, par l'auteur lui-même, l'excitation du cordon du grand sympathique cervical produisant des phénomènes inverses. Armaingaud a essayé de résoudre ce problème. Dans un cas de migraine avec pâleur de la face, rougeur de la conjonctive et rétrécissement pupillaire du côté malade; la pression sur l'apophyse épineuse de la première dorsale était douloureuse, exaspérait l'hémicrânie, diminuait la pâleur de la face, mais ne modifiait en rien la congestion de la conjonctive. Si donc on admet avec Cl. Bernard l'existence de vaso-dilatateurs naissant directement dans la moelle et de vaso-constricteurs dépendant du sympathique, on comprend que les vaso-dilatateurs de l'œil soient excités par le centre médullaire, tandis que les vaso-constricteurs de la face le sont à leur point d'origine dans la moelle. Il suffit donc

(1) Brunner. Zur Catuistik der Pathologie, der Sympathic. Petersburger med. Zeitsc., 1871.

d'admettre l'excitation de la moelle en deux points différents (1).

Cependant, la théorie de la migraine angio-tonique était attaquée par Mollendorf qui, migraineux aussi, avait observé sur lui-même des phénomènes absolument oppposés à ceux indiqués par Du Bois Reymond. Chez Mollendorf, en effet, il existait du côté malade de la rougeur de la face, du rétrécissement pupillaire, de l'injection de la conjonctive, de l'exagération dans la sécrétion lacrymale, une élévation thermique du conduit auditif externe, tous symptômes qui lui font admettre l'hypothèse d'une paralysie du grand sympathique, hypothèse basée aussi sur ces faits que la compression de la carotide du côté malade fait cesser l'hémicrânie, tandis que la compression de la carotide du côté opposé l'augmente, que les artères et les veines de la rétine, celles de la choroïde et les vaisseaux péri-cornéens du côté malade sont dilatés, que les battements du cœur sont ralentis (48 à 56 pulsations), le pouls radial affaibli, le pouls carotidien ample et mou (2).

Quelques-uns de ces faits avaient déjà été entrevus, et Labarraque admettait une migraine pléthorique (3), reconnue très rare par Pelletan et de Fajole. Ce dernier ajoute que dans ces cas la phéthore est *locale*.

Quoi qu'il en soit, le contraste entre le pouls radial et les battements cardiaques d'une part, le pouls temporal

(1) Armaingaud. Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale. Paris, 1872, p. 16.

(2) Mollendorf. Arch. für Pathol. anat. XLI, Band, 1867.

(3) Labarraque. Th. Paris, 1837.

d'autre part, trouve son explication dans les expériences de Landois (1), de Hermann et Escher (2) qui, en produisant mécaniquement l'hyperémie cérébrale par la compression de la veine cave supérieure, ont amené une irritation de la moelle allongée et l'excitation des vaso-moteurs du corps qui ont leur origine en ce point. « Il est donc facile de comprendre comment, sous l'influence de cette hyperémie cérébrale produite dans l'accès de migraine, par suite de l'excitation des nerfs vagues, les battements du cœur diminuent de fréquence ; comment le rythme respiratoire ne paraît pas accéléré ; pourquoi, sous l'influence de l'excitation du centre vaso-moteur, les artères radiales sont petites, contractées pendant l'accès ; pourquoi un froid glacial envahit les extrémités, tandis qu'un frisson parcourt les membres et le tronc ; pourquoi même, dans certains cas, la sécrétion sudorale est diminuée et même supprimée, à l'exception toutefois de la partie de la tête affectée, qui, au contraire, peut être le siège d'une sécrétion sudorale exagérée. » (4)

Dans la dernière période survient la dilatation des vaisseaux du tronc qui explique de même l'augmentation de la sécrétion salivaire, la diurèse que l'on observe parfois à la fin de l'accès.

Enfin, la douleur du trijumeau, observée quelquefois, pourrait s'expliquer par la compression qu'exercent sur le nerf les vaisseaux encéphaliques dilatés.

(1) Landois. Centralblatt, 1865, n° 44, 1867, n° 10.

(2) Hermann et Escher. Pflügers. Arch., 1870, p. 3.

(3) Axenfeld et Huchard. Traité des névroses, 2^e édit. Paris, 1883, p. 242.

On le voit, cette théorie de la migraine *angio-paralytique* expliquée, dans quelques cas, tous les symptômes que l'on peut observer au cours de l'accès. Hervez de Chégoin (1), qui s'en est fait le défenseur, cherche d'abord à démontrer que la douleur de la migraine diffère absolument de la douleur névralgique. Dans celle-ci, dit-il, ce sont des *éclairs de douleur*, dans celle-là une *ondée de douleur*; les migraineux « ne crient pas, ils gémissent; ils ne tressaillent pas, ils sont accablés ». Ils éprouvent, de plus, une sensation de compression, de distension intra-crânienne. Le phénomène le plus important de l'accès est la dilatation des vaisseaux de l'encéphale. La douleur tire son caractère de ce qu'elle siège dans les vaso-moteurs des petits vaisseaux. La migraine est donc une névrose artérielle, ayant son point de départ dans le sympathique. Seulement, pour Hervez de Chégoin, il y a paralysie des vaso-moteurs du tronc, comme de ceux de la tête, ce qui est inadmissible, au moins au début et pendant la phase stationnaire de l'accès.

En présence de ces deux théories diamétralement opposées, le choix pouvait paraître difficile, et l'on essaya de les concilier en disant que Du Bois-Reymond et Möllendorf avaient observé deux phases différentes de l'accès. M. le professeur Jaccoud (2) admet alors que l'accès de migraine est constitué par une excita-

(1) Hervez de Chégoin. Union méd., 3 oct. 1874.

(2) Jaccoud. Pathologie interne, 6^e édition, t. I, p. 559, 1879.

tion anormale du grand sympathique, excitation à laquelle succède une paralysie, par épuisement, de ce nerf. On sait que Du Bois-Reymond avait observé, à la fin de son accès, des symptômes de paralysie vasomotrice, qui plaident ou semblent plaider en faveur de l'opinion du savant professeur.

Latham (1) avait également admis l'existence de ces deux périodes. Il en est de même pour Poincaré qui fait remarquer que la période de pâleur peut passer inaperçue, si l'on ne voit pas le malade au début de l'accès. Au début, il existe de la contraction spasmodique des vaisseaux; plus tard survient leur relâchement. De là deux variétés dans la douleur, qui, sourde au début, insupportable, produisant la sensation d'une compression par un étau, s'accompagne de *crispation*; c'est alors « une crampe douloureuse qui se sent au berceau du sympathique où elle prend naissance, et qui n'a pas l'acuité des crampes où les nerfs rachidiens sont mis en cause ». Plus tard, à la période de rougeur, elle tend à devenir lancinante et ressemble à une névralgie du trijumeau. Les troubles cérébraux et sensoriels que l'on observe à la première et à la deuxième périodes sont en rapport avec l'état de constriction, puis de relâchement des vaisseaux. Ainsi, les nuages, les lacunes du champ visuel, le léger degré de surdité sont dus à l'anémie, de même que l'inaptitude au travail intellectuel. Plus tard, la congestion de la rétine, l'hyperesthésie sensorielle qui fait que le malade

(1) Latham. On Nervous or sick headache; its varieties and treatment. Cambridge, 1873.

fuit le bruit et la lumière, les sensations lumineuses subjectives sont le fait de l'hyperhémie. A ce moment, « la tête n'est plus vide, elle est lourde ». Quant au vomissement, il est le résultat, soit des oscillations de la pression sanguine intra-crânienne, soit d'un spasme du plexus coronaire stomachique, qui, en agissant sur le vague, provoque la nausée, dont le vomissement est l'acte réactif.

Dans le cas où existe une épine morbide dans l'un des viscères abdominaux, c'est toujours le sympathique qui rentre en jeu, mais alors par voie réflexe (1).

Telle est, fidèlement rapportée, l'opinion de Poincaré, au moins en ce qui concerne la physiologie pathologique d'un certain nombre d'accès. Cette théorie, exposée avec talent, paraît irréfutable dans un grand nombre de circonstances et beaucoup d'accès de migraine ont des allures qui donnent beaucoup de force aux arguments que nous venons de résumer.

Malheureusement pour la théorie, Du Bois-Reymond et Mollendorf avaient observé des phénomènes opposés, et cela au maximum de l'accès, ainsi qu'il résulte des recherches d'Eulenburg qui, à la même période d'un accès de migraine trouva, dans certains cas, les vaisseaux dilatés, tandis que dans d'autres ils étaient contractés, et admit alors deux formes opposées de la migraine, la *sympathico-tonique* et l'*angio-paralytique*. Il y a donc tantôt tétanos, tantôt paralysie du sympa-

(1) Poincaré. Le système nerveux périphérique. Paris, 1876, p. 532 et s.

thique, et la théorie de la douleur émise par Du Bois-Reymond est insoutenable. Eulenburg attribue la douleur tantôt à l'anémie, tantôt à l'hyperhémie cérébrale, ce qui explique les résultats différents obtenus par la compression de la carotide (1).

Cette division mérite d'être conservée, tout au moins en ce qui concerne la symptomatologie elle-même de l'accès. A côté des cas dans lesquels les deux périodes de Jaccoud, Latham, Poincaré, etc., se succèdent chez le même malade pendant une même attaque de migraine, il en est d'autres où le type d'excitation prédomine, d'autres enfin où la paralysie vaso-motrice existe pendant tout le cours de l'accès. Il y a donc des migraines *vaso-motrices* et des migraines *vaso-dilatatrices*.

Mais les troubles vaso-moteurs sont-ils la seule cause de la douleur, et la théorie vaso-motrice s'applique-t-elle à tous les cas?

Gubler et Bordier, partisans des idées de Du Bois-Reymond, admettent que la théorie de celui-ci n'explique pas tous les symptômes de la migraine. De son côté, M. le professeur Vulpian, examinant les arguments tirés de l'action de certains médicaments : caféine, quinine, seigle ergoté, nitrite d'amyle, oxyde de carbone, électricité, etc., reconnaît qu'en effet, il existe des troubles vaso-moteurs. « Mais ces troubles, dit-il, ne se manifestent qu'au cas de douleur frontale et orbitaire, et même ils manquent quelquefois dans

(1) Eulenburg. Hdb. Ziemssen.

ces circonstances ». Il est donc impossible de tenir pour satisfaisante une théorie de la migraine ayant pour base l'hypothèse d'une perturbation primitive et constante des fonctions du grand sympathique cervical. Tout au moins, pour rendre cette théorie à peu près vraisemblable, devrait-on admettre que les fibres vaso-motrices de cette partie du sympathique ne sont pas toujours toutes affectées. Chez certains malades, les fibres destinées aux parties superficielles de la tête seraient souffrantes, en même temps que celles qui se distribuent aux vaisseaux des parties profondes; chez d'autres malades, ces dernières fibres seraient seules atteintes. Et encore, même ainsi présentée, l'hypothèse en question ne me paraît pas acceptable » (1). Quant aux résultats fournis par les traitements inspirés par les théories vaso-motrices, ils n'auraient aucune valeur démonstrative.

De son côté, Huchard (2) fait observer, comme Gubler et Bordier, qu'on ne peut pas affirmer que le trijumeau ne soit douloureux dans la migraine, et que le cerveau ne soit l'un des acteurs de la scène morbide. On arrive ainsi à faire de la migraine, non pas une névralgie du cerveau, comme le voulait Romberg, mais une névrose du système nerveux central et périphérique, ainsi que l'admettait Calmeil (3).

Enfin, M. le professeur Grasset, après avoir fait

(1) Vulpian. Leçons sur l'appareil vaso-moteur, p. 642, 1875.

(2) Axenfeld et Huchard. *Loc. cit.*, p. 246.

(3) Calmeil. Dict. de méd. en 30 vol.

de ces théories vaso-motrices un exposé succinct et remarquablement clair, admet parfaitement que les troubles circulatoires jouent un certain rôle dans la symptomatologie de la migraine; mais il se refuse à leur accorder un rôle exclusif. Il n'admet pas que la céphalalgie migraineuse ne soit due qu'à l'anémie ou à la congestion cérébrales. « La douleur de la migraine, dit-il, est bien différente de la céphalalgie qu'entraînent la congestion ou l'anémie cérébrales. Les migraineux ne s'y trompent pas; ils distinguent parfaitement ces deux genres de douleur. Cliniquement et thérapeutiquement, la migraine a sa physionomie à part et doit être distinguée de toutes les autres douleurs de tête ».

D'ailleurs, de l'aveu d'Eulenburg lui-même, certains migraineux ne présentent aucun trouble vaso-moteur, bien que leur céphalalgie soit très vive.

« Le phénomène capital de la migraine, ajoute-t-il, c'est la douleur; ce ne sont pas les troubles vaso-moteurs. Sans douleur il n'y a pas de migraine, tandis qu'il y a des migraines sans altération du sympathique. Les théories actuelles, en subordonnant tout aux troubles circulatoires, font l'essentiel d'un accessoire qui peut manquer. »

Latham avait remarqué que la digitale produit des phénomènes analogues à certains symptômes de la migraine; et il s'appuyait sur ce fait pour soutenir sa théorie vaso-motrice (1). Comme le fait remarquer Grasset, cela prouve une chose que personne ne cher-

(1) Latham. Rev. des sc. méd., t. VII, p. 127.

che à nier l'existence de troubles vaso-moteurs dans certains accès de migraine.

Pour le professeur de Montpellier, la migraine est « une névrose douloureuse du trijumeau ayant sa physionomie propre et distincte de la névralgie courante » s'accompagnant de troubles du côté du sympathique et du pneumogastrique (1).

Quant à la théorie de Liveing qui veut que l'accès de migraine soit une décharge du système nerveux qui « à ses pléthores », comme le système sanguin a les siennes, « les unes se dissipent par une décharge électrique, comme les autres cessent par une hémorrhagie » (Hervez de Chégoin), elle est fort peu compréhensible. Pour Liveing, il y aurait, chez certains sujets, une prédisposition en vertu de laquelle la force nerveuse s'accumulerait dans tout le système nerveux ou seulement en quelques points. La tension devenant trop forte, il se produit un orage nerveux (*nerve storms*), qui rompt l'équilibre et amène une décharge de l'influx nerveux, décharge capable de provoquer tous les troubles sensitifs, moteurs et intellectuels que nous avons déjà étudiés.

Poincaré admet cette théorie « pour les migraines héréditaires et pour toutes celles qui apparaissent périodiquement sans motifs bien déterminés ». Liveing n'avait édifié sa théorie sur aucun fait. Poincaré l'explique par l'influence qu'exercent sur la marche d'un accès les émotions morales, les spasmes nerveux capa-

(1) Grassét. *Traité prat. des mal. du syst. nerv.*, 3^e édit. Paris-Montpellier, 1886.

bles d'amener un « dégorgement nerveux », le coït, par exemple.

Nous avons eu déjà l'occasion de faire remarquer que ces espèces de secousses nerveuses n'ont d'influence sur l'accès que lorsque celui-ci touche à sa fin, que les plus légères émotions ont, sous ce rapport, plus d'action que les plus fortes, que parfois même elles produisent l'accès, ce qui concorde peu avec la théorie.

Cette théorie compte d'ailleurs fort peu de partisans et nous n'en avons parlé qu'à cause du talent de ses défenseurs.

Il nous reste à dire un mot des troubles sensoriels, sensitifs et moteurs de la migraine ophthalmique.

Le scotome scintillant et l'hémiopie transitoire de la migraine ont donné lieu à de nombreuses hypothèses dont aucune jusqu'ici n'a été suffisante pour expliquer tous les phénomènes de la migraine ophthalmique.

Le scotome scintillant est-il dû à un trouble oculaire ou à un trouble cérébral ? Piorry, qui localisait ce phénomène dans l'iris, y vit plus tard « un trouble fonctionnel de la rétine, une souffrance primitive et spéciale propre aux parties périphériques du nerf de l'œil. »

Brewster(1) et Quaglino (2) l'attribuent à une ischémie rétinienne produite par un spasme artériel. Dianoux pense que c'est une névrose du nerf optique. Il se base

(1) D. Brewster. Philos. Magaz, vol. XXIX, p. 503 et vol. XXX, p. 19, 1865. Id. On Hemiosis or Half. Vision, in Edimbourg, Transact., vol. XXIV, p. 15-18, 1867.

(2) Quaglino. Di alcune forme morbose oculari intermittenti. in Ann. di Ott., I, p. 7-21 et Annale d'ocul., LXV, p. 129-143, 1870.

sur ce fait que le nerf optique ne répond à toute excitation, de quelque nature qu'elle soit, que par la production de phénomènes lumineux subjectifs, que l'hémiopie périodique n'est pas limitée par un bord net, mais qu'il existe, entre la partie obscure et la partie demeurée claire, une zone incomplètement anesthésiée, contrairement à ce qu'on observe au cas d'hémianopsie de cause cérébrale. De plus, la forme de l'arche dentelée de son scotome scintillant correspond au mode de terminaison du nerf optique dans la rétine. Il a, dans des expériences entoptiques, vu sa macula sous forme d'ellipse à grand axe horizontal, avec une série d'arcades concaves réunies par leurs extrémités, et formant ainsi, par leur jonction des angles à ouverture dirigée vers la macula. Ces arcades étaient animées de mouvements réguliers d'ampliation et de resserrement en nombre double de celui des battements cardiaques. Il termine en disant que cette disposition représente exactement la forme de son scotome scintillant central, sauf la coloration. Nous avons vu que dans le cas de Förster le bord du scotome était noir, et que ce scotome ressemblait à cette description de Dianoux, qui se croit autorisé à penser que les phénomènes lumineux se passent à l'extrémité des fibres nerveuses, le centre de la macula restant sombre.

L'hypothèse de Dianoux n'explique pas la céphalalgie, le nerf optique étant, comme le fait observer Galezowski, fort peu sensible. Le spasme des vaisseaux rétinienens n'explique pas l'hémiopie ; la névrose du nerf

optique, une lésion des tractus (1) n'expliquent pas les phénomènes associés de la migraine ophthalmique.

Galezowski considère la migraine ophthalmique comme « une névrose d'une des portions de la cinquième paire qui fournit des filets nerveux vaso-moteurs soit aux organes centraux visuels, tels que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés et les chiasmas ; soit à ses parties périphériques, telles que les nerfs optiques et la rétine. » Cette hypothèse explique à la fois la douleur, le scotome scintillant (irritation des filets nerveux de la rétine), l'hémiopie (irritation des vaso-moteurs centraux), la photophobie et le larmoiement (propagation aux nerfs de la glande lacrymale et aux nerfs ciliaires).

C'est le retour à l'hypothèse d'Airy et de Forster qui faisaient de ces phénomènes le résultat d'une anémie cérébrale.

Cependant, Mollendorf avait constaté la dilatation des vaisseaux de la rétine dans un cas de migraine, tandis que Dianoux, comme Forster, n'avait observé ni rétrécissement ni dilatation. Baralt suppose alors que le trouble vaso-moteur porte tantôt sur les organes centraux de la vision (tubercules quadrijumeaux, corps genouillés, chiasma), tantôt sur la périphérie de cet organe (nerf optique et rétine), ce qui explique, selon lui, tous les cas :

Si le trouble est central, l'examen ophtalmoscopique est nul, et l'on observe les phénomènes psychiques (perte de la mémoire, etc.) ;

(1) Admise par Mauthner, loc. cit.

Si le trouble siège sur l'une des bandelettes optiques, il y aura hémipopie ;

Si le chiasma est intéressé, le scotome sera bilatéral ;

Si le nerf optique et la rétine sont anémiés, le scotome sera unilatéral.

D'autre part, les lésions cérébrales et celles du nerf optique altèrent la sensibilité rétinienne, d'où la recherche des phosphènes pour s'assurer que cette sensibilité est intacte. Or, le phosphène a beaucoup d'analogie avec le scotome scintillant. Le phosphène a la forme de l'objet qui comprime la rétine ; de même le scotome a la forme des vaisseaux de cet organe : il est donc naturel d'admettre la participation de la rétine dans la production du scotome scintillant, participation qui explique l'hémipopie inférieure.

Pour abrégér cette discussion, nous passons au mémoire intéressant de Féré.

Pour cet auteur, les troubles oculaires de la migraine ophthalmique sont d'ordre cérébral. Le fait signalé par Dianoux de la cessation du scotome dans la position déclive, les sensations visuelles obtenues par Purkinge et Brunton, dans l'intoxication par la digitale (Latham), les cas d'aphasie transitoire signalés par B. Ball (1), qui voit là un phénomène analogue à celui décrit par M. Reynaud, sous le nom d'asphyxie locale des extrémités, conduisent Féré à admettre l'hypothèse d'une ischémie cérébrale localisée.

(1) B. Ball. Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle. *Encéphale*, 1880, p. 24.

Faisons remarquer à ce sujet que l'hémiopie horizontale demeure hors du débat.

Quant au siège de cette anémie, il est probable qu'il est dans les masses centrales, vers le carrefour des fibres sensitives.

Dans sa thèse, Féré(1) reprend la question. L'hémianopsie de la migraine ophthalmique est analogue par ses formes et par ses associations symptomatiques à celle qui est liée aux lésions cérébrales. Les troubles moteurs et sensitifs observés au cours de la migraine ophthalmique paraissent être sous la dépendance de troubles vasculaires siégeant à la périphérie du cerveau, ce qui explique l'aphasie; quant aux troubles visuels, « ils peuvent s'expliquer dans les deux hypothèses (anémie centrale ou périphérique), par un trouble vasculaire ».

« Ainsi donc, ajoute Féré, l'examen clinique des faits d'hémianopsie passagère de la migraine ophthalmique, pas plus que celui des faits d'hémianopsie permanente, ne peut servir à la détermination du siège de la lésion qui produit le trouble visuel. »

Enfin, il lui paraît « probable que la région dont les lésions déterminent l'hémianopsie est comprise entre le pli courbe et le sillon de Rolando ». Robiolis est plus affirmatif. Pour lui, l'hémiopie de la migraine ophthalmique est due à un spasme de l'artère cérébrale postérieure; les troubles sensitifs et moteurs, les troubles intellectuels, l'aphasie, s'expliquent par un spasme

(1) Féré. Th. citée, p. 105 et suiv.

de la sylvienne à sa naissance. Il se base pour cela sur les remarques de M. le professeur Grasset, qui, après un examen attentif des faits d'hémiopie avec hémianesthésie, et des expériences de Munk, expériences établissant l'existence de l'hémianopsie après l'ablation de la région occipitale d'un côté, est arrivé à cette conclusion que le schéma de Charcot, pas plus que celui de Féré n'expliquent la coïncidence de l'hémianopsie et de l'hémianesthésie. En effet, le schéma de Charcot explique la coïncidence de l'amblyopie croisée avec l'hémianesthésie, et fait de l'hémianopsie un trouble résultant de la lésion d'une bandelette optique; celui de Féré ne rend pas compte de l'amblyopie croisée. C'est ce qui a conduit Grasset à construire le nouveau schéma suivant, qui explique les cas d'amblyopie croisée aussi bien que ceux d'hémianopsie qui peuvent être la conséquence d'une lésion cérébrale : « 1° *Les fibres internes s'entre-croisent au chiasma, tandis que les fibres externes continuent directement*; 2° *les fibres externes s'entre-croisent en arrière du chiasma, de sorte que l'entre-croisement est alors complet pour toutes les fibres optiques et que dans chaque capsule interne se trouvent réunies toutes les fibres de l'œil opposé*; 3° *les fibres externes subiraient un second entre-croisement au delà de la capsule interne, avant d'aboutir aux circonvolutions, de sorte que chaque lobe occipital contiendrait les fibres externes de l'œil du même côté, et les fibres internes de l'œil du côté opposé* (1). »

(1) Grasset. Mal. du syst. nerveux, 3^e édit., 1886, p. 261-269.

On le voit, ce schéma de notre Maître explique :

- 1° L'amblyopie croisée (comme le schéma de Charcot);
- 2° L'existence de l'amblyopie croisée avec hémiopie;
- 3° L'hémiopie bilatérale.

Il devient alors possible d'expliquer les troubles associés de la migraine ophthalmique. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas permis d'aller plus loin dans la voie des hypothèses. La localisation de Féré dans la zone corticale devient plus que « probable » au cas d'aphasie et de troubles moteurs. C'est par cette considération que nous terminerons ce chapitre (1).

(1) Voyez Gille. Th. Paris, 1880. Bellouard. Th. Paris, 1881. Robin. Th. agrég., 1880. Marchand. Revue d'ophth., 1883. Duwez. Art. nerf opt., in Dict. encycl. des sc. méd. 2^e série, t. XVI. Huguenin. Annales d'ocul., mai juin, 1882. Brudenel Carter. A practical treatise on disease of the eye, 1875. p. 465. — Armaignac. Rev. clin. d'occul., 4^e ann., n° 6 1883. — Bernhardt. Berlin, Klin. Wochen, 1872 et Central. — Galezowski. Etude sur les amblyopies et les amauroses aphasiques. Arch. de méd., juin 1876 et Soc. de Biol., 1880. — Wilbrand. Ueber Hemianopsie, etc. Berlin, 1881. — De Capdeville. Note sur un cas d'hémiopie, etc., Marseille méd., 1880 — Jackson. A case of hemiopia with hemianesthesia, etc. The Lancet, 1874. — Sharkey. The Lancet, 1884. — Ferrier. Cerebral amblyopia and hemiopia. — Brain, 1881, t. III p. 456.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

DIAGNOSTIC. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu que la migraine vulgaire procède par accès revenant périodiquement, à intervalles plus ou moins réguliers. Généralement, lorsque la migraine est héréditaire, elle paraît de bonne heure et, pendant quelques années, les accès deviennent plus douloureux et se rapprochent; plus tard, dans l'âge mûr, ils se modifient dans leurs allures, deviennent à la fois moins fréquents et moins douloureux. Chez la femme, ils disparaissent généralement à la ménopause; chez l'homme, ils ne persistent que très rarement jusqu'à la vieillesse. On peut dire que, d'une façon générale, la migraine classique, à part la douleur qui la caractérise et qui en fait une affection parfois bien cruelle, la canitie, la calvitie, due peut-être dans ce cas au pityriasis capitis, est une affection comportant un pronostic très bénin. Cependant, il arrive quelquefois que le migraineux devient sombre et irascible, que sa physionomie prend un aspect triste et maussade, que les traits sont tirés du côté où siège habituellement l'hémicrânie, que les accès fréquents et douloureux sont un obstacle

au travail intellectuel et une cause d'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire.

Cependant, beaucoup de médecins, et Tissot, plus que tous les autres, l'ont considérée comme une affection grave, non par elle-même, mais parce que sa disparition peut être suivie de l'éclosion de phénomènes plus graves. Cette doctrine des métastases était si chère à Tissot qu'il accumulait observations sur observations pour démontrer l'existence de ces accidents, et Pelletan ose à peine les révoquer en doute. Sans nous arrêter à cette théorie des métastases, nous pensons que les faits signalés par Trousseau de la substitution de la migraine à la goutte doivent être acceptés comme démontrés.

Ils ne sont pas explicables par les métastases, mais ils démontrent que la migraine peut être remplacée par une affection grave ; seulement, cette affection grave est de même nature, c'est-à-dire qu'elle est, comme la migraine, la manifestation d'un même état général. Il n'est donc pas étonnant que le migraineux devienne plus tard asthmatique, hémorroïdaire, graveleux, etc. Nous avons insisté déjà sur ce sujet.

Mais le pronostic s'assombrit lorsqu'il s'agit de la migraine ophthalmique que l'on pouvait tout récemment encore considérer comme une affection bénigne. Certes, et fort heureusement, la migraine ophthalmique est, dans la grande majorité des cas, comme la précédente, une névrose toujours exempte d'accidents graves. Nous avons déjà vu que l'on peut, au cours des accès, observer de nombreux troubles dépendant

du système nerveux central, signalés aussi, mais à titre de rareté pathologique, chez les migraineux classiques. Nous avons signalé la parenté de la migraine ophthalmique avec l'hystérie et l'épilepsie, l'analogie assez marquée qu'elle présente avec cette dernière grande névrose. Mais ce n'est là qu'un côté de la question. Ce qu'il est plus important de savoir, ce sur quoi M. le professeur Charcot à le premier attiré l'attention, c'est que ces troubles divers oculaires, sensitifs ou moteurs, hémiopie, hémianesthésie, hémiplegie, les phénomènes psychiques que l'on constate chez quelques malades, peuvent ne pas se borner à demeurer transitoires.

En 1878, Galezowski pouvait dire, sans soulever d'objection, que « la migraine de l'œil ne présente aucune gravité ». M. Charcot n'a point tardé à ajouter : « dans la plupart des cas », et à démontrer que les symptômes ordinaires de la migraine ophthalmique simple peuvent devenir permanents, et qu'il en est ainsi des troubles associés. L'hémiopie peut s'installer définitivement, après être restée longtemps transitoire, et il en est de même de l'aphasie, de la parésie d'un membre. Voici une observation de migraine ophthalmique avec hémiopie persistante et alexie :

OBSERVATION XV (communiquée par M. le professeur
Lépine).

Migraine ophthalmique. Hémiopie persistante.

M. X..., 36 ans, atteint, depuis l'enfance, de migraine vulgaire héréditaire et, depuis une douzaine d'années, de mi-

graine ophthalmique. *Hémiopie* très marquée et permanente depuis huit ans ; il y a cinq ans, à la suite d'un accès de migraine vulgaire, *aphasie* temporaire et *alexie*. L'hydrothérapie a diminué notablement la fréquence et l'intensité des accès de migraine ; mais l'*hémiopie* et l'*alexie* ont persisté et existent encore aujourd'hui. De temps en temps, le matin, le malade éprouve une légère douleur de tête accompagnée d'une aphasie très peu marquée et de courte durée. L'état général est très satisfaisant.

Féré a publié deux cas d'aphasie permanente communiqués par M. Charcot (1).

Les troubles oculaires qui, dans l'immense majorité des cas, laissent l'acuité visuelle intacte dans l'intervalle des accès et ne s'accompagnent d'aucune lésion de l'organe, peuvent, à la longue, occasionner des modifications permanentes de l'appareil optique. C'est ainsi que Meyer (2) rapporte une observation de migraine ophthalmique avec embarras de la parole, affaiblissement de la vue, parésie du côté droit. L'examen ophtalmoscopique fait reconnaître l'existence d'une névrite optique. De son côté, Galezowski avait rapporté quatre observations avec lésions permanentes de l'œil : deux cas de thrombose des vaisseaux rétiniens, un cas de thrombose avec rupture de ces vaisseaux, un cas d'atrophie partielle d'une papille optique (3). Charcot a vu un scotome périodique se transformer en scotome central permanent.

(1) Féré. Migraine ophth. Obs. XI et XII.

(2) J. Meyer. Revue gén. d'ophtalmologie, 2^e année, n° 7, juillet 1883.

(3) Galezowski. Soc. de biol., 1881.

Szokalski (1) rapporte que Gapner a vu se produire des hyperhémies de la rétine et du nerf optique; mais dans ces cas, il existait des lésions cardiaques.

Nous avons déjà parlé des deux observations de Charcot et de Parinaud, dans lesquelles la migraine ophtalmique avait été le symptôme précurseur d'une paralysie générale. Robiolis cite un cas où la migraine exophtalmique coexistait avec la même affection. Raullet rapporte deux observations de tabes dorsalis ayant débuté par la migraine ophtalmique : toutes deux sont dues à M. le professeur Charcot.

Enfin, Féré a rapporté l'observation d'un malade chez lequel les accès de migraine ophtalmique, violents et répétés, s'accompagnaient d'embarras de la parole, de parésie droite, et se terminèrent par la mort. Robiolis cite un fait à peu près analogue : après plusieurs accès accompagnés de tremblement dans la face et les membres, le malade a deux attaques d'apoplexie, dont la dernière se termine par la mort.

Ce sont là des cas heureusement rares; mais si l'on songe que l'attention n'est fixée sur ce point de l'histoire de la migraine ophtalmique que depuis un très petit nombre d'années, on ne peut s'empêcher d'imiter la prudente réserve conseillée par M. le professeur Charcot, lorsqu'il s'agit de formuler le pronostic d'une migraine ophtalmique.

Le *diagnostic* consiste à reconnaître l'accès de mi-

(1) Szokalsky. Fall. von Flammerscotom. M. d. Warschauer Ärztl. Ges., p. 278.

graine, à le différencier des maladies qui peuvent lui ressembler, à distinguer la variété physiologique (sympathico-tonique et angio-paralytique); ce qui ne présente pas de difficulté, après ce que nous en avons déjà dit, et surtout à voir sous l'accès la cause qui le produit.

Ordinairement, lorsqu'il s'agit de la migraine vulgaire, le malade dispense le médecin de la première de ces questions : il sait qu'il a la migraine, et, s'il vient à subir une autre influence, il en est averti par la nature différente de la douleur. « Je souffre plus ou moins, dit-il, mais je ne souffre pas de la même façon que lorsque j'ai la migraine. » Cependant, dans certains cas ce diagnostic peut être difficile ou tout au moins délicat. On aura, pour se renseigner, la périodicité plus ou moins régulière des accès, le siège de la douleur et avant tout son caractère de migration.

La névralgie du trijumeau se distingue de la migraine par ses douleurs vives et lancinantes, limitées au trajet des filets nerveux ou aux points douloureux, l'absence, dans la grande majorité des cas, des phénomènes psychiques et des troubles gastriques qui accompagnent l'accès de migraine.

La céphalalgie ordinaire, par sa diffusion, son siège bilatéral, occupant le plus souvent les deux moitiés du front, ne s'accompagnant pas de troubles généraux ou se présentant, au contraire, avec du brisement des membres, de l'embarras gastrique, de la fièvre, sera facilement reconnue.

La *céphalalgie rhumatismale*, que Schobeld paraît

avoir quelquefois confondue avec la migraine, s'accompagne de symptômes articulaires, auquel cas, le diagnostic est facile; la forme décrite par Morisson (1) (algie du péricrâne) est caractérisée par l'absence de symptômes gastriques et de troubles nerveux; la douleur est exaspérée par la contraction de l'occipito-frontal, elle est diffuse, fixe et continue. Nous ne parlons que pour mémoire du clou hystérique.

Dans le cas d'anémie ou de congestion cérébrale, la douleur est plus profonde, plus diffuse, et ne s'accompagne par des autres phénomènes de la migraine.

Le diagnostic est, dans quelques cas, très difficile avec les lésions encéphaliques, et c'est même la raison de l'admission, dans le cadre de la névrose qui nous occupe, d'une forme symptomatique (d'une maladie locale), de ce que de Fajole appelle la migraine traumatique. Si les troubles intellectuels ou moteurs font défaut, si la céphalalgie s'accompagne de nausées et de vomissements, le médecin pourra se guider sur l'absence de migraine antérieure chez le malade, le caractère peut-être plus *intra-crânien* de la douleur, etc.; mais les allures seules du mal pourront ultérieurement fixer le diagnostic. Les erreurs, en ce cas, doivent être fréquentes; car souvent les tumeurs cérébrales se manifestent par des accidents migraniformes qu'il est fort difficile de diagnostiquer de la migraine vraie.

Il en est quelquefois de même pour la céphalalgie *goutteuse*, qui peut prendre des allures migraniformes,

(1) Morisson. Sur une forme de céphalalgie rhumatism. algie du péricrâne, Th. Paris, 1872.

et la difficulté sera ici augmentée par le fait de l'existence fréquente de la migraine chez les gouteux. « La céphalée gouteuse, dit Lecorché, est remarquable par sa ténacité, sa continuité ; elle ne provoque ni vomissements ni les troubles oculaires de la migraine ; son siège est variable (région frontale, occipitale, orbitaire, temporale, mastoïdienne, sous-occipitale). Elle peut durer des mois, cédant le plus souvent à une crise articulaire ou alternant avec des manifestations viscérales. La douleur est souvent périodique, comme Stoll et Garrod l'ont signalé ; Stoll avait même remarqué ses retours fréquents pendant la nuit... Cette céphalée résiste au quinquina, à la quinine, et elle est rebelle à tout traitement qui n'est pas antigoutteux ; c'est pourquoi le colchique est son véritable spécifique (1). »

La *céphalée urémique* revêt souvent des apparences migrainiformes et s'accompagne de nausées et de vomissements. Le diagnostic, comme le fait remarquer avec raison M. Huchard, est d'autant plus entouré de difficultés, que migraine et céphalée urémique peuvent se succéder chez le même malade, surtout s'il est gouteux comme dans le cas suivant, communiqué par ce praticien à la Société de médecine pratique (1885) :

Un malade gouteux était atteint depuis de longues années de migraine ; à un moment donné, les douleurs de tête changent de caractère, la céphalalgie devient frontale, presque permanente. Il ne s'agissait plus de

(1) Lecorché. *Traité théor. et prat. de la goutte*, p. 339, Paris, 1884.

migraine, et l'existence d'une néphrite interstitielle avec quelques accidents urémiques auxquels a fini par succomber le malade, ont prouvé qu'il s'agissait d'une *céphalée urémique*.

Le diagnostic, dans ce cas, doit se faire en tenant compte des antécédents des malades, des symptômes concomitants, de l'examen des urines. Ajoutons que tout récemment Drysdale (1) a émis l'hypothèse de l'existence d'une véritable migraine urémique, par auto-infection.

Chez les *ataxiques* la douleur de la face et la douleur de tête s'accompagnent d'hyperesthésie ou d'anesthésie douloureuse; lorsque cette céphalalgie simule l'hémicrânie, le diagnostic est parfois difficile, d'autant plus qu'on peut alors observer de la photophobie, des crises gastriques, des troubles vaso-moteurs et des troubles oculaires. Les commémoratifs seront alors fort utiles, surtout si l'ataxie ne se manifeste pas par d'autres phénomènes; à une époque rapprochée du début, on ne se prononcera qu'avec réserve (2).

C'est ici le lieu de dire un mot des *céphalées de croissance*, bien étudiées récemment par Blache (3). Cette céphalée n'est pas unilatérale, elle est limitée au front ou diffuse, ou occupant un espace compris entre le vertex et « une ligne circulaire passant au niveau des orbites et des apophyses mastoïdes ». Elle s'accompa-

(1) Drysdale. Migraine et urémie. The Practitioner, 1885.

(2) Voy. Pierret. Th. Paris 1876.

(3) R. Blache. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, avril 1883.

gne parfois d'étourdissement et de maux de cœur, de changement dans le caractère; mais, outre les caractères énumérés plus haut, bien qu'il y ait de l'inaptitude au travail chez les malades, le retour des accès tous les jours sous l'influence de la fatigue intellectuelle, la constance de cette paresse cérébrale doivent guider le diagnostic. Parfois, la céphalée se prolonge plusieurs jours de suite (jusqu'à 10 et 15).

De même la céphalée qui accompagne souvent les défauts d'accommodation de l'œil, qui prend parfois l'aspect migrainiforme, doit être considérée comme une fausse migraine. Elle se reproduit à chaque fatigue oculaire prolongée, disparaît avec la cause qui l'a faite naître, n'offre pas les caractères de la migraine vraie, ne produit pas des troubles oculaires analogues à ceux que nous avons décrits.

Quant à la céphalée produite par l'impaludisme, elle est généralement frontale et bilatérale, ne s'accompagne pas, le plus souvent, de troubles gastriques, revient à intervalles plus fixes.

Ce qu'il importe surtout, c'est de connaître la cause générale de la migraine, de savoir à quelle variété étiologique l'on a affaire. Ici, les commémoratifs seront très utiles. On recherchera s'il n'y a pas, dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade, des manifestations arthritiques ou herpétiques, des névroses (hystérie et surtout épilepsie), l'anémie. Quant à baser un diagnostic différentiel sur les caractères particuliers de la douleur et les allures de l'accès, la chose est fort difficile en soi. L'apparition de la mi-

graine dans l'enfance, sa prolongation dans l'âge mûr, doivent faire soupçonner sa nature diathésique.

« Précocité dans le rhumatisme, débutant souvent dans le jeune âge, souvent périodique, barométrique, variable d'intensité dans la plus grande échelle, la migraine, etc. » (Besnier) (1). D'après Renaut, « la migraine arthritique débute par la céphalalgie, la lourdeur de tête, les tintements d'oreilles, les éblouissements, tandis que la migraine herpétique est caractérisée par une douleur fixe, lancinante, ayant pour siège un côté de la tête (hémicrânie), la région orbitaire, avec irradiation sur la région temporale, accompagnée de nausées et de vomissements qui généralement viennent terminer la crise (2). »

Devons-nous accepter sans réserve le critérium ci-dessus ou dire avec Besnier qu'il n'est pas possible, d'après les seuls symptômes subjectifs, de poser le diagnostic de ces deux variétés ? Nous pencherions plutôt pour cette dernière opinion.

Quant à la nature anémique ou nerveuse, elle se diagnostique d'après l'absence de manifestations diathésiques et l'existence de l'hystérie ou de l'épilepsie dans la famille du malade.

La syphilis, que quelques-uns accusent d'être une cause de migraine, produit plutôt des céphalées à accès fréquents, se manifestant surtout pendant la nuit ; dans

(1) Besnier. Art. rhumatisme, in Dict. enc. des sc. méd., 3^e série, t. IV, p. 51.

(2) J. Renaut. Dermatoses, in Dic. enc. des sc. méd., 1^{re} s., t. XXVIII, p. 25, 1883.

sa période avancée, elle peut produire des accidents migrainiformes, le plus souvent non accompagnés des troubles généraux de la migraine. Le traitement, en cas de doute, éclairera le diagnostic.

Quant à la migraine ophthalmique, ses symptômes sont généralement assez accentués pour que le diagnostic se fasse facilement. L'existence du scotome classique, de l'hémianopsie, que l'examen campimétrique fera connaître, les caractères mêmes du scotome (semi-transparent, etc.) et surtout les sensations lumineuses, tout cela constitue, avec la douleur de tête, un tableau spécial facilement reconnaissable. Mais dans les formes frustes, il faut avoir soin d'insister sur l'aspect des sensations lumineuses. Les épileptiques disent qu'avant leur attaque ils voient des gerbes de feu, des feux d'artifice, etc.; mais il n'y a chez eux ni l'hémiopie, ni le scintillement qui accompagne le scotome périodique; il en est de même de la gerbe d'étincelles que voient les hystériques. Ici, lorsqu'il y aura amblyopie et hémianesthésie, leur existence ne suffira pas à écarter le diagnostic de migraine ophthalmique; mais le clou hystérique, la sensation de la boule et les troubles si divers qui accompagnent l'hystérie viendront éclairer le médecin. Il sera parfois d'autant plus difficile de se prononcer que, non seulement la migraine ophthalmique présente dans sa forme associée des phénomènes sensitifs et moteurs, mais qu'elle peut se montrer chez les hystériques, auquel cas il sera difficile, en dehors de la connaissance du scotome scintillant, de séparer les manifestations de l'une et l'autre névroses. Enfin,

l'aphasie transitoire devra, dorénavant, faire penser à la migraine ophthalmique.

Nous ne parlerons pas de toutes les médications conseillées dans la cure de la migraine. Les moyens essayés et abandonnés tour à tour prouvent assez qu'il n'y a pas de traitement spécifique des migraines. Nous nous bornerons à poser les indications qui nous paraissent résulter de l'étude que nous venons de faire.

Le premier but que doit se proposer le médecin, c'est d'adresser sa médication à l'état constitutionnel (arthritisme, herpétisme, nervosisme, anémie). C'est pour ne pas avoir compté avec l'état général, que l'on a si souvent échoué dans le traitement de l'affection qui nous occupe. La seconde indication se tirera des causes occasionnelles (dyspepsie, fatigue intellectuelle, etc.), que l'on combattra par l'hygiène plutôt que par la matière médicale.

Si l'on ne trouve pas l'élément diathésique, on combattra la névrose par les préparations bromurées, qui, dans la migraine ophthalmologique, donnent d'excellents résultats. M. le professeur Charcot administre le bromure de potassium à hautes doses (3,4 à 8 grammes par jour pendant des mois). Il associe parfois les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium. L'hydrothérapie, dans ces conditions, et même lorsque l'anémie peut être incriminée, est très souvent employée avec avantage (1).

Doit-on traiter l'accès de migraine?

(1) Beni-Barde. Traité théor. et pratique d'hydrothérapie p. 678.

« Je ne serais pas étonné, dit Grasset, qu'après un peu de pratique et après avoir vu quelques migraineux, chacun de mes lecteurs arrive à ne rien prescrire du tout pendant l'accès pour combattre cet accès lui-même. Le repos, la tranquillité, voilà tout ce que demandent les patients et tout ce que j'engage à leur accorder, sans les fatiguer ni par des questions ni par des remèdes inutiles. »

Cette réflexion est fort juste. Toutefois, si le migraineux réclame un adoucissement à ses souffrances, on devra baser les moyens à employer sur la connaissance des formes *angio-paralytique* et *angio-tonique*.

Dans le premier cas, on a employé les vaso-constricteurs : digitale, sulfate de quinine, ergot de seigle (1) et ergotine, paulinia, caféine, recommandée surtout par Eulenburg, le bromure de potassium (2), seul ou associé à la teinture d'aconit (3) ; dans le second cas, les vasodilatateurs : opium, chloral (4), nitrite d'amyle (Berger, Richardson), le croton-chloral (Sydney-Ringer).

Enfin, on a préconisé, en dehors des accès, et comme spécifique, le chanvre indien. Le D^r Seguin le prescrit à la dose de 2 centigr. d'extrait aqueux avant chaque repas (5).

(1) Silver. The Practitioner, 1873.

(2) Morton, Bartholow. Huchard l'administre à la dose de 3 gr. 50 à 4 gr. en une seule fois, au début de l'accès. Journ. de méd. et de chir. prat., 1884.

(3) Lockridge. Chicago med. Jour., 1877.

(4) Couyba. Journ. de méd. et de chir. pratiques, 1877, p. 421.

(5) New-York, med. Record, 1878.

Fabre a conseillé les feuilles de *mœnyanthe* (1).

L'électricité, sous forme de courants continus, a été surtout préconisée par Benedikt, Frommann, Fieber, Rosenthal, Holst, Huchard (2), etc., ainsi que les pulvérisations d'éther, de nitrite d'amyle sur le trajet du sympathique et la région cilio-spinale. Armaingaud a employé les révulsifs sur les points douloureux apophysaires (3).

La douleur a été calmée par l'application d'un diapason électrique sur le front (4).

Le massage, préconisé par quelques auteurs, n'aurait donné aucun résultat entre les mains de Schreider (5).

De tous ces moyens, le bromure de potassium est le moins infidèle.

Signalons enfin le guarana (Wurm), et la mixture de Broadbury (citrates de fer ammoniacal, bromure de potassium, noix vomique et glycérine).

Devlezersky, Sœligmuller et d'autres emploient le salicylate de soude qui paraît avoir amendé la migraine. A employer dans les cas de migraine arthritique.

Tous ces moyens peuvent avoir rendu des services,

(1) Mars. méd., 30 juillet 1884.

(2) Voyez Teissier. Th. agrég., 1878. Deux observ. de mig. angio-paralytique guéries par les courants continus.

(3) Armaingaud. Loc. cit.

(4) Boudet. Progrès méd., 1881.

(5) Schreider. Traité prat. du massage, 1884, p. 189.

dans quelques cas déterminés; mais, nous pensons qu'il faut se borner à procurer un peu de repos au malade à la fin de l'accès et s'adresser surtout aux deux premières indications. C'est encore le meilleur traitement des accès.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, Sr, imprimeur de la Faculté de médecine
52, rue Madame et rue Corneille, 3.
